



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

AUTISMO Y SINDROME DE ASPERGER : ALGUNAS CONSIDERACIONES AL TRATAMIENTO CON ADULTOS

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Autor: Ricardo González M.

Profesor Patrocinante: Esteban Radiszcz S.

Santiago de Chile, 2017.

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
I. AUTISMO Y SÍNDROME DE ASPERGER: UNA HISTORIA DE LOS CONCEPTOS. 11	11
1.1. AUTISTIC DISTURBANCES OF AFFECTIVE CONTACT, LEO KANNER (1943)	11
1.2. DIE "AUTISTISCHEN PSYCHOPATHEN" IM KINDESALTER, HANS ASPERGER (1944)..	14
1.3. PERSPECTIVAS PSICOANALÍTICAS INICIALES.....	16
1.3.1 <i>Margaret Mahler.</i>	16
1.3.2 <i>Bruno Bettelheim.</i>	18
1.3.3 <i>Donald Meltzer.</i>	19
1.3.4 <i>Frances Tustin.</i>	20
1.4. NUEVOS ABORDAJES SOBRE EL AUTISMO.....	21
1.4.1 <i>La exposición de “mejoras” en casos sobre autismo.</i>	22
1.4.2 <i>Una teoría cognitivista del autismo y el diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM).</i>	23
1.5. DESARROLLOS COGNITIVISTAS.....	24
1.5.1 <i>Lorna Wing.</i>	24
1.5.2 <i>Uta Frith.</i>	26
1.5.3 <i>Baron-Cohen y Hammer.</i>	26
1.6. PERSPECTIVAS PSICOANALÍTICA CONTEMPORÁNEAS	27
1.6.1 <i>Rosine y Robert Lefort.</i>	27
1.6.2 <i>Jean-Claude Maleval. La retención del objeto del goce vocal.</i>	30
1.6.3 <i>Éric Laurent. El borde autístico.</i>	32
1.7. CRITERIOS PSIQUIÁTRICOS	33
1.7.1 <i>Autismo y síndrome de Asperger en el DSM.</i>	34
1.7.2 <i>Autismo.</i>	35
1.7.3 <i>Síndrome de Asperger.</i>	37
II. TRATAMIENTOS	39
2.1. TRATAMIENTOS COGNITIVOS-CONDUCTUALES.....	39
2.1.1 <i>ABA (Applied Behaviour Analysis).</i>	39
2.1.2 <i>TEACCH (Treatment an Education of Autistic and Communication Handicapped Children).</i>	41
2.1.3 <i>Son-Rise Program.</i>	43
2.2. TRATAMIENTOS PSICOANALÍTICO.....	44
2.2.1 <i>Tratamientos clásicos.</i>	44
2.2.2 <i>Sobre la posibilidad de un tratamiento.</i>	44
III. AUTISMO Y SÍNDROME DE ASPERGER EN ADULTOS	47
3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	47
3.2. TESTIMONIOS AUTISTAS.....	48
3.3. CRITERIOS PSIQUIÁTRICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE AUTISMO Y SÍNDROME DE ASPERGER EN ADULTOS.....	49
3.4. TRATAMIENTOS DISEÑADOS PARA ADULTOS CON TEA	50
3.5. SOBRE EL DESTINO DE LAS INVESTIGACIONES.....	50
IV. A PROPÓSITO DE UN CASO: UN ADULTO CON SÍNDROME DE ASPERGER.....	56
4.1. ALGUNAS CONSIDERACIONES RESPECTO AL CASO.....	58
V. CONCLUSIONES	63
VI. BIBLIOGRAFÍA	65

Resumen

En esta memoria articulamos, a propósito de un caso clínico diagnosticado con síndrome de Asperger, una historia del cuadro autista, tratamientos y teorías sobre este cuadro clínico. La memoria plantea una problemática: si lo existente en las investigaciones sobre autismo para el tratamiento clínico de un sujeto adulto diagnosticado con síndrome de Asperger es adecuado y suficiente o no lo es.

Una de las principales conclusiones vislumbra que el interés, los argumentos y el estudio sobre autismo y síndrome de Asperger se cierran en la infancia. Se hace necesario nuevas indagaciones que respondan a las problemáticas propias del adulto con síndrome de Asperger.

Palabras claves: autismo, síndrome de Asperger, psicoanálisis, adultez.

Introducción

“se conforman con hablar de los niños autistas y permanecen mudos en lo que se refiere a los adultos afectados por este mismo trastorno, un poco como si los niños en cuestión desaparecieran bajo tierra a partir de cierta edad”.
(Sacks, 1997, p.214)

Los seres humanos viven en constante interacción con su medio ambiente y reacción a él. Sin embargo, en las personas que padecen de autismo esta acción recíproca está severamente perturbada (Asperger, 1991). Cada vez se sabe algo más sobre el autismo, pero el paso ha sido lento y hasta ahora no ha llegado a ningún puerto seguro. Ni sus causas ni devenires. Así también, toda comprensión sobre el autismo parece estar centrada en la niñez. Guías clínicas, manuales diagnósticos, tratamientos e instituciones, parecen estar volcados casi en su exclusividad a los niños. Se comprende el ahínco puesto en la infancia, pues el autismo es un cuadro clínico de inicio muy precoz. Mas estos niños pasan a ser adultos y el cuadro autista persiste, pero la pregunta por sus diferencias con la niñez se desvanece. Prueba de esto, es la disminución de estudios que se encuentran en las distintas bases de datos indexadas. Al adicionar la palabra adulto a los cuadros de autismo y síndrome de Asperger (SA), hay una disminución comparativa del 70% en los resultados encontrados (tabla 1 y 2). Los datos obtenidos siguen la tendencia que se exhibía en la década de los noventa. Como comentaba Uta Frith (1991) “a pesar del tremendo aumento en las investigaciones permanece un gran hueco en nuestro entendimiento sobre las personas autistas que se vuelven adolescentes y adultos”¹ (p.147). De igual modo, remarca Joseph Piven (2015) “casi no existe literatura sobre adultos en el campo del autismo, por lo cual, no tenemos un conocimiento de base” (p.4).

Además, bajo una perspectiva estadística (y una particular categoría diagnóstica) el nivel epidemiológico de los trastornos del espectro autista (TEA) detectados han aumentado a un ritmo sin parangón en la medicina. Según el Centro de Control de Enfermedades

¹ La traducción es nuestra. También lo será toda referencia en idioma extranjero.

(CDC) de los Estados Unidos indican que actualmente (2016) los trastornos del espectro autista se le diagnostican a 1 de cada 68 niños. Lo que implica un 30% de aumento en apenas tres años. Los TEA incluyen al autismo propiamente dicho e incluyen también otras condiciones: TEA no especificado, mal de Rett, trastorno desintegrativo y síndrome de Asperger. Tal es el grado de avance de los TEA, que en las últimas dos décadas se incrementaron en un 700%: hasta hace siete años se calculaba que afectaban a uno de cada 150 niños, y en el año 2000 a uno de cada 300, cuando en 1975 era de uno por cada 5.000 niños (CDC, 2016)². Si el “boom” diagnóstico prosigue, en un futuro, la cantidad de adultos bajo esta categoría médica aumentará exponencialmente.

En la esfera de políticas públicas, en nuestro país, el autismo y el síndrome de Asperger están incluidos como enfermedades catastróficas en la ley N° 19.779. Esto significa un apoyo económico para las familias junto a la disponibilidad y disminución del precio en la farmacología. Los fármacos solo tratan ciertos aspectos que son derivados del autismo (ansiedad, depresión y agresividad). Acerca de esto, un estudio realizado el 2010 por un grupo de investigadores españoles concluye lo siguiente: “no existe un tratamiento médico para las manifestaciones nucleares del autismo, aunque algunas medicaciones tratan los síntomas y las enfermedades que suelen asociar los niños con TEA, como la epilepsia, los trastornos de conducta o las alteraciones del sueño” (Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad, y Meneses, 2010, p.79). Es decir, que a nivel farmacológico y a políticas públicas, no existe nada en lo referente al trato de las complejidades nucleares sobre el autismo.

La agrupación chilena “Colectivo Autismo Chile” (2015)³ ha elaborado un documento y están aguardando su ingreso a la cámara de diputados. Esperan concretar las siguientes medidas :

- El reconocimiento de los TEA como una condición de diversidad biológica de carácter permanente.

² En Chile no existe un registro del diagnóstico. Sin embargo, al tomar la prevalencia internacional (9 de cada 1000), y cruzarla con datos nacionales. Es posible estimar que para 240.569 nacidos vivos registrados en el 2007, la cantidad aproximada de personas con diagnóstico de TEA en Chile sería de 2156 niños (Ministerio de Salud, 2011). Según Ricardo García, psiquiatra y jefe del programa de trastornos del espectro autista en la clínica psiquiátrica de la Universidad de Chile, “podemos aproximar que posiblemente tengamos 50.500 niños con esta condición (TEA)”.

³ Institución creada en el año 2012 por José Perich. Ha sido responsable de las marchas bajo el principio de que “los derechos no se negocian”.

- Participación de los padres y madres de autistas en las pruebas de campo para la elaboración de una guía clínica sobre diagnóstico.
- La creación de un registro nacional de personas con TEA – TGD que facilite un informe semestral y/o anual.
- Implementar como parte de las metas internas de los centros de atención primaria la aplicación de las pautas de cotejo de detección, diagnóstico y alerta de TEA.
- Incorporar como parte de las capacitaciones institucionales, la implementación de la guía práctica clínica.
- Evaluar la incorporación de centros especializados en el tratamiento u manejo de las personas TEA a lo largo de todo el ciclo vital, como además la incorporación de TEA – TGD en el sistema de financiamiento AUGÉ – GES.
- Prestación de salud FONASA para familias que no cuenten con sistemas previsionales de salud. Además que se otorgue código de prestación a terapia ocupacional, psicopedagogía y educación diferencial para poder incluir las terapias, ya sea en el sistema público o privado.

En las peticiones exigidas por el “Colectivo Autismo Chile” distinguimos que si bien existe la preocupación por un tratamiento a lo largo de la vida de los sujetos diagnosticados con TEA, no sabemos si este tratamiento ha de ser el mismo que se utiliza con niños, o si es distinto, en qué se distinguiría. Al pesquisar los tratamientos disponibles para niños, jóvenes y adultos del espectro autista, encontramos que en Chile, las posibilidades disponibles abarcan programas terapéuticos inspirados por modelos educativos y comportamentales. Toda información posible de encontrar por los ocupados sobre el tema⁴ hacen referencia a los enfoques educativos-comportamentales internacionales para el tratamiento del autismo, en especial: ABA y TEACHH. Igualmente, el abanico de oferta en la formación de profesionales que se ocupan del asunto, se encuentra limitado solamente a los enfoques antes mencionados. Sobre lo acotado en las posibilidades de tratamientos en el autismo, en el año 2012, en Francia, al autismo se le denominó “gran causa nacional”. Esto desencadenó una batalla por el autismo (Laurent, 2013). Aquella contienda remitía a la disputa de partidarios de una línea cientificista en eliminar todo abordaje en la clínica del autismo que sea inspirado por el psicoanálisis. El caso francés,

⁴ Asociación de Padres y Amigos de los Autistas (ASPAUT), Equipo Escuela Especial Mi Silencio, Asociación de Padres y Amigos de los Autistas (ASPAUT), Centro de Tratamiento AUPAUT Quinta región, Asociación de Padres y Amigos de los Autistas (ASPAUT), Agrupación de Padres, Profesionales y Amigos de Personas con Autismo y Asperger de Arica, Fundación Amanecer, Colectivo Autismo Chile, Fundación chilena del autismo horizonte.

se ha repetido durante esta década en España, Italia e Inglaterra. Los casos europeos nos arrojan luces sobre una posible discusión epistemológica y una cuestión social centrada en el autismo. ¿Serán suficiente los tratamientos basados en lo educativo y comportamental para el tratamiento del autismo? ¿Serán estos aptos para el tratamiento de un adulto? ¿A qué se debe que en Europa y Chile, el psicoanálisis esté relegado en el tratamiento del autismo? ¿Puede aportar algo el psicoanálisis al tratamiento de los cuadros autistas?.

Como método investigativo, el psicoanálisis se inmiscuye en la premisa de que el sujeto no puede ser reducido de ninguna manera a lo puramente biológico. Para el psicoanálisis, el ser humano es consecuencia de una entramada vivencial inseparable. Compete al cuerpo, al lenguaje, la familia, la sociedad y la cultura. Aunque una enfermedad pueda repercutir en el ser humano, el influjo y las consecuencias que esta tenga para el sujeto solo serán verificables dentro de la subjetividad del cada uno. Advertimos que, por ningún motivo nuestra intención es postular o promover al psicoanálisis como la panacea en el tratamiento autístico. Solamente, debido a una larga historia de preocupación, investigación e intervenciones acerca del tema, es que consideramos que la clínica psicoanalítica merece ser conocida. La misma categoría espectral del autismo tiene sus antecedentes en las teorizaciones psicoanalíticas. Nos resulta importante la actualidad del psicoanálisis respecto al autismo, ya que hace mucho tiempo las hipótesis que señalaba a los padres y, en especial, a las madres como causa del autismo, están extintas. Las teorías actuales están fundamentadas en la comprensión de lo que los mismos sujetos autistas dicen de sí. Esta posibilidad del decir no es una característica común a todos los sujetos autistas. Por lo cual, quienes exponen sus testimonios, quienes se expresan sobre su condición autista son un número reducido. La mayor parte de quienes son capaces de expresarse son categorizados bajo el síndrome de Asperger o autistas de alto rendimiento. Es particularmente sobre este diagnóstico la articulación de este trabajo.

La siguiente memoria tiene como intención pesquisar los saberes de tratamiento sobre el autismo en la adultez. A través de un caso clínico diagnosticado con síndrome de Asperger, esperamos conocer si lo dicho por las investigaciones alcanza para la comprensión de nuestro caso. Es entonces que el interés de esta memoria nace desde una profunda ignorancia, la cual nos hacía preguntarnos por el qué hacer frente a un sujeto con autismo, que además es adulto y que demanda atención. Asimismo,

esperamos evidenciar la falta de estudios acerca del autismo en adultos (en especial, a los tratamientos) o a la poca investigación que existe en relación a la clínica con niños. Sobre esto último, la única guía clínica de autismo existente en nuestro país, aborda solamente a quienes tengan entre 0 y 5 años de edad (Ministerio de Salud [MINSAL], 2011, p.13). Es decir, que al cumplir los cinco años se ha perdido toda referencia, abordaje y preocupación por quienes son autistas. Igualmente, pensamos que relacionar el autismo solo con la infancia cierra un circuito de investigación y discusión sobre el tema. Si nuestra atención no se encamina al adulto, las demandas, problemáticas, terapias e instituciones para ellos, quedarán en suspenso. Además, si se reduce al autismo a un problema propio de la infancia, se deja en aporía nuestro caso y los posibles casos similares al nuestro.

Por lo tanto, la pregunta que sostendrá la presente memoria será la siguiente: ¿es suficiente y pertinente lo escrito sobre el síndrome de Asperger para el tratamiento de un adulto diagnosticado con tal condición?

De esta pregunta desglosamos el siguiente objetivo: describir en qué han consistido las aproximaciones al autismo y síndrome de Asperger, y qué han dicho estas respecto a los adultos. Específicamente, describiremos los aportes iniciales de Kanner y Asperger a la creación del cuadro autista. También, se puntualizarán los aportes teóricos del psicoanálisis y el cognitivismo. Otro objetivo de este escrito, es detallar lo relacionado entre autismo – síndrome de Asperger y adultez. Además, señalaremos distintos tratamientos para sujetos con autismo. Finalmente, tenemos la intención de revelar si las propuestas teóricas y terapéuticas son válidas para un caso de un adulto diagnosticado con síndrome de Asperger.

El método para cumplir con los objetivos planteados será a través de una investigación teórica. La memoria tiene un carácter exploratorio y buscará servir como anclaje para nuevas preguntas y planteamientos. Su procedimiento de indagación se basará en el análisis de información sobre una variedad de estudios, tales como: manuales diagnósticos, artículos científicos y guías clínicas. El propósito de esta revisión bibliográfica es dar cuenta de un estado actual de nuestra problemática. La selección de la bibliografía fue decidida bajo criterios de pertinencia, novedad y frecuencia. La bibliografía incluida que no corresponde a los criterios mencionados se justifica por la

escasez de publicaciones que se enmarcan en nuestro tema. Esto, en especial a la literatura correspondiente a las perspectivas psicoanalíticas más actuales. Además, se incluye el inicio de un caso clínico, como justificación, para la problematización del autismo en la adultez. La presentación del caso espera dilucidar en el caso mismo (en sus inconvenientes), si los antecedentes desarrollados son suficientes y pertinentes para pensar el autismo más allá de la infancia.

La búsqueda bibliográfica se basó en las palabras claves: autismo, asperger, autismo-psicoanálisis, asperger-psicoanálisis, autismo-adulto, asperger-adulto. La evidencia fue recogida en inglés, francés, portugués y español. Las fuentes para la recolección de artículos científicos fueron las siguientes:

1. American Psychological Association (APA).
2. American Journal of Psychiatry (AJP)
3. CAIRN
4. Journal of the American Medical Association (JAMA)
5. JSTOR
6. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine
7. Pubmed
8. SciELO - Scientific Electronic Library Online.

Para contestar nuestra pregunta, esta memoria se dividirá en cuatro apartados. El primer capítulo constará en describir cierta historia sobre la emergencia, desarrollo y estado actual de los cuadros clínicos de autismo y síndrome de Asperger. Esto, con el propósito de comprender el devenir histórico y teórico de estos cuadros. Dentro de esta división, se detallará las obras pioneras sobre dichas entidades clínicas, los trabajos psicoanalíticos del siglo pasado, las investigaciones cognitivistas de principios de los noventas, el desarrollo actual de las teorías psicoanalíticas y, finalmente, el estado existente de los cuadros bajo los criterios psiquiátricos. El segundo apartado exhibirá algunos de los tratamientos más utilizados para tratar a los sujetos autistas. Asimismo, describiremos en qué consistieron y en qué consisten los tratamientos psicoanalíticos para el autismo. El capítulo tercero intentará resumir los abordajes teóricos, tratamientos y diagnósticos, relacionados con la adultez. Se incluirán trabajos con estadísticas sobre los estudios

existentes del trastorno autista y el síndrome de Asperger. Los resultados comprenderán las diferencias en frecuencia entre niñez-adulthood, así como de qué tratan las publicaciones referidas a la adultez. Por último, en la cuarta sección, incluiremos una breve reseña del inicio de un tratamiento clínico de un sujeto adulto diagnosticado con síndrome de Asperger. Lo que nos interesa aquí, es saber si lo dicho sobre adultos con síndrome de Asperger se condice con las condiciones de este inicio de tratamiento. Con las interrogantes que plantea el caso mismo no se intenta resolver la cuestión, sino más bien, se pretende mostrar en qué podrían ser pertinentes los distintos abordajes y que cuestiones son las que no contemplan, a lo menos, en este caso clínico.

I. Autismo y síndrome de Asperger: Una historia de los conceptos

Si bien, la noción de autismo es posible encontrarla desde el año 1911, con la introducción del concepto por parte de Paul Eugen Bleuler. Las características autísticas han sido mencionadas por diversas fuentes desde hace varios siglos⁵. Sin embargo, es el psiquiatra suizo quien introdujo el concepto para hacer referencia a una de las más notorias características de la esquizofrenia. El autismo describe el alejamiento o asilamiento de la realidad externa y la manifestación de la persona como encerrada sobre sí misma. El sujeto está separado del exterior, imponiendo la imposibilidad de comunicarse con los demás.

El nombre (autismo) deriva del concepto de autismo en esquizofrenia. Autismo en ese sentido refiere al fundamental disturbio del contacto que se manifiesta en extremo en los pacientes con esquizofrenia. El nombre autismo, acuñado por Bleuler, es indudablemente una de las grandes creaciones conceptuales lingüísticas en la nomenclatura médica. (Asperger, 1991, p.38)

La palabra autismo debe su origen a la locución griega *autismus* que significa “que actúa por sí mismo o sobre sí mismo” (Asperger, 1991);(Gabaudan y Bracero, 2011). Es acerca de este fenómeno del actuar sobre sí mismo, en su más extremo sentido, el cual exhibe un estado de aislamiento que conllevaría a la pérdida del contacto con la realidad. A grandes rasgos, es la deriva de la esquizofrenia, trastorno que preocupaba a Bleuler y que ha razón de describir dicho cuadro originó la invención del neologismo griego.

1.1. Autistic disturbances of affective contact, Leo Kanner (1943)

Leo Kanner es el primero en detallar minuciosamente a algunos niños que llamaron su atención debido a sus “fascinantes peculiaridades”. Las descripciones fueron calcadas en tinta sobre el texto madre sobre autismo: *Autistic disturbances of affective contact*. El artículo cuenta la historia de ocho niños y tres niñas, su sintomatología y las diferencias de gravedad en los síntomas presentados. A Kanner le parece que si bien todos los niños estudiados poseen manifestaciones conductuales muy distintas, las características esenciales las hace corresponder bajo un mismo síndrome. Indicios que se caracterizan

⁵ Uno de los casos más famosos relacionado con el autismo, es el caso del niño salvaje Víctor de Aveyron. Estudio publicado en 1801 por Jean Itard.

por la inhabilidad de relacionarse afectivamente con otros y el medio que los rodea. Hay también comportamientos rígidos y estereotipados. El inicio es precoz y con una incidencia predominante en el sexo masculino (ver nota al pie número 6, p.25).

Algo que nos parece señalar, debido a que estimamos uno de los aciertos que da la importancia al texto en cuestión, es la preocupación que tiene Kanner por distinguir a este grupo de niños del diagnóstico de esquizofrenia infantil. El autor señala que las características que se presentan en el autismo, se manifiestan desde un principio de la vida y parecen permanecer más o menos estables; “el factor común en todos estos pacientes es una incapacidad para relacionarse de manera habitual con las personas y las situaciones, comenzando esta dificultad a partir del inicio de sus vidas” (Kanner, 1943, p.242). En contraste, el desarrollo del cuadro esquizofrénico tiene una irrupción en el desarrollo, y le sigue un deterioro psíquico y social.

Kanner advierte la inclinación que se ha tenido de encasillar a estos niños como esquizofrénicos, idiotas o imbeciles.

Dentro de las características autísticas que enumera Kanner, señala que estos niños no presentan anticipación de postura corporal ante los estímulos de sus padres. Todas las madres de los niños estudiados afirmaban que los niños se mantenían inmóviles cuando se les ofrecía tomarlos en brazos. Es decir, que los niños fallan en asumir posturas anticipatorias frente a los estímulos. El caso relatado por la mamá de Herbert ejemplifica lo dicho por Kanner (1943). Al niño se le avisa que será levantado y él no hace ningún intento de acomodarse o tomar una posición, siendo que era capaz de sentarse, pararse y caminar.

Otra característica, es que en la mayor parte de los casos, la adquisición del lenguaje es normal o presenta un leve retraso, pero que al ser obtenido, exhibe una increíble habilidad en el nombramiento de objetos, canciones, recitación de poemas y listas de cosas. Sin embargo, esta habilidad es frenada, en tanto que la utilización del lenguaje queda reducida al solo nombrar. Por lo tanto, permanecen grandes dificultades para el manejo de un lenguaje con significado y de relación con los otros. Kanner, apunta a que las palabras que emplean estos niños no tienen más significación que sílabas sin sentido para los adultos. También emplean frases que repiten sin cesar, padecen de ecolalia y

ecolalia tardía. En general, responden a las preguntas utilizando la afirmación de lo interrogado. El concepto de “sí” toma años en ser adquirido, debido a que les es difícil excluirlo de una situación particular y aplicarlo como regla general. Una de las características del autismo es la incapacidad de tomar el significado figurativo de las oraciones. Kanner (1943) describió el carácter inflexible de las palabras en el autismo. Estas eran utilizadas según el modo en que las aprendieron la primera vez y de la misma forma en que fueron escuchadas es el modo en que se utilizan. A pesar de esto, Kanner (1943) afirma que a partir de los 5-6 años dejan la ecolalia y el lenguaje se vuelve más comunicativo.

En su afán por mantener el mundo exterior alejado de ellos, los niños estudiados tenían problemas con la alimentación. Según Kanner, pues por la necesidad de relacionarse se generaba el rechazo por la comida, el cual desaparecía en tanto la “lucha” por comer terminaba. Los rechazos al mundo exterior también se manifiestan en la presencia de ruidos fuertes y objetos en movimientos. En relación a esto, según Kanner, está relacionado por un deseo de inmutabilidad, y se ejemplificaría en lo repetitivo de las frases, ruidos y movimientos, los cuales luchan por no ser modificados. Frente a un intento de cambio, el rechazo por parte del niño es inmediato y manifiesto. Esta monotonía también está expresada en los distintos ambientes que rodean a los niños autistas y sus rutinas. Cambios a estas variables desencadenan grandes crisis. El psiquiatra lo ejemplifica con el caso de John (Kanner, 1943). Este, frente a un cambio de casa presentó una gran angustia. La cual fue aliviada solo cuando la decoración del nuevo hogar fue exactamente como la del anterior.

Sobre la relación con los otros, es común que estos niños no presten atención a quienes comparten su alrededor. No parece significativo si son desconocidos o familiares. Pueden pasar horas sin mostrar ningún interés por otra persona. En la presencia de otros niños, los estudiados tampoco se interesaron por interactuar con ellos. Permanecían solos, ocupados en sus propios juegos y actividades.

Como Kanner cometa al final de su publicación, le parece de vital importancia dejar claras las diferencias con las esquizofrenias infantiles. En los niños diagnosticados con esquizofrenia se presenta un desarrollo normal en los primeros años de vida, por el contrario, los casos detallados en el texto de Kanner exhiben desde su nacimiento una

conducta de extrema soledad. Siendo así, el inicio precoz del autismo, uno de los síntomas diferenciales para separar este cuadro de la esquizofrenia infantil. Esto, aparece mejor ilustrado por Kanner:

Mientras el esquizofrénico trata resolver su problema saliendo de un mundo del que ha sido parte y con el que ha estado en contacto, nuestros niños se comprometen gradualmente, acercándose cautelosamente a un mundo en el que han sido completamente extraños desde el comienzo. (Kanner, 1943, p.243)

Además, Kanner argumenta la división de los dos cuadros, ya que los niños autistas exhiben una capacidad de establecer relaciones con los objetos. También a las conductas de obsesiva repetitividad y finalmente por la evolución positiva en el grado de soledad.

En los comentarios finales del texto, el psiquiatra austríaco, dice no poder atribuir a las condiciones ambientales (contexto y características familiares específicamente) la causa del autismo. Por lo cual, se inclina a pensar que estos niños han nacido orgánicamente con esta incapacidad para formar un contacto afectivo con los otros.

1.2. Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter, Hans Asperger (1944)

A un año de la publicación del trabajo de Kanner, Asperger presenta su tesis en la facultad de medicina de la Universidad de Viena, se llama: *Psicopatía autística infantil* (o en la infancia).

La tesis doctoral de Asperger (1991), publicada en 1944, describe a cuatro niños entre 6 y 11 años. Estos presentaban dificultades en la integración social, pero a diferencia de los casos descritos por Kanner, los niños estudiados por el vienés poseían un muy buen nivel de inteligencia y lenguaje. Además, la presentación de los síntomas comenzaba alrededor de los 3 años. Si bien el escrito de Asperger detalla a cuatro niños, según Günter Krämer, el pediatra vienés basó sus estudios en más de 400 casos (Feinstein, 2011, p.30).

Al igual que Kanner, el afán de Asperger es enseñar a la patología autística como una entidad clínica distinta de la esquizofrenia infantil. Asperger describe notablemente esta distinción:

Mientras que el paciente esquizofrénico parece mostrar una pérdida progresiva del contacto, los niños que estamos discutiendo carecen del contacto desde el principio (...) Los síntomas esenciales de la esquizofrenia y los síntomas de nuestros hijos pueden así ser sometidos a un denominador común: el cierre de las relaciones entre el yo y el mundo exterior. Sin embargo, a diferencia de los pacientes esquizofrénicos, nuestros niños no muestran una desintegración de la personalidad. (...) Contra este diagnóstico (esquizofrenia), sin embargo, se habla del hecho de que no hay signos de deterioro progresivo (patología autística), ni de inicio agudo característico de síntomas floridos alarmantes (ansiedad severa y alucinaciones), ni hay delirios. (Asperger, 1991, pp.39-50)

La descripción de los niños de Asperger detalla a niños excepcionales. Poseen un gran nivel intelectual junto a variadas destrezas verbales. Sin embargo, poseen un bajo desarrollo social. Su atención está absorbida por interés especiales y particulares. Si bien el lenguaje verbal se presenta normal, el lenguaje no verbal: gestos, expresiones faciales, etc. se les presenta difícil de comprender y de utilizar. Asimismo, el uso del lenguaje, se exhibe como una especie de monólogo, “está bien establecido que los individuos autistas tienen un fracaso específico en la pragmática, es decir, en el uso del lenguaje. Esto es cierto incluso si su discurso es lingüísticamente sofisticado” (Asperger, 1991, p.69). Asperger (1991) los llamó “pequeños profesores” a causa de la claridad, detalle y cierta pedantería con que hablaban.

Otros aspectos descritos por Asperger hacen alusión a que el afecto es intelectualizado. Los niños tienen la tendencia a pensar en vez de sentir. A menudo, se muestran como faltos de empatía y sin intuición afectiva sobre las experiencias de los otros. Al estar encerrado sobre sí mismos, es difícil poder conocer sus emociones, “son extrañamente impenetrables y difíciles de comprender. Su vida emocional sigue siendo un libro cerrado” (Asperger, 1991, p.87).

La motricidad (fina y gruesa) exhibe torpeza. Existe poca conciencia del cuerpo e inusual postura y marcha. A nivel conductual, son rígidos, lo que los conduce a problemas de comportamiento. Poseen obsesiones y rituales. Debido a lo recién descrito, Asperger notó la propensión de que estos niños fueran objeto de burlas por parte de sus pares.

La poca recepción del trabajo de Asperger en su tiempo, fue debido a que estaba escrito en alemán (Frith, 1991). Hecho que fue decisivo en el desconocimiento de su trabajo. Pasaron cuatro décadas para que los hallazgos presentados por Asperger fuesen presentados a la comunidad científica angloparlante. Esto en 1981, cuando Lorna Wing, hace referencia a su labor bautizando con el término de síndrome de Asperger a los casos que ella estudiaba. Estos casos, mostraban las mismas características que había descrito Hans Asperger. Asimismo en 1991, Uta Frith tradujo al inglés el texto de Asperger, logrando la difusión masiva de tan poco accesible texto.

A pesar de permanecer ignorado en el mundo de habla inglesa, Asperger fundó una clínica para tratar niños que padecían las complicaciones que su trabajo describía. Junto a su hermana empezó a implementar los primeros programas educativos. Estos consistían en terapias de lenguaje, teatro y educación física. Asperger murió en 1980, antes de que el síndrome que lleva su nombre consiguiera fama internacional.

1.3. Perspectivas psicoanalíticas iniciales

La historia entre psicoanálisis y autismo se podría remontar hasta Bleuler, pero no es hasta los estudios de Margaret Mahler que el interés del psicoanálisis se posa de lleno en el autismo. Es con la psicoanalista de origen vienés que comienza un largo y profundo interés por la comprensión del autismo. Durante mucho tiempo, las bases teóricas postuladas por Mahler fueron guía de todo estudio posterior. Se mantuvo por largo tiempo entender el autismo como la patología más primitiva y de regresión más profunda estudiada. La idea central de la patología del autismo fue la de una psicosis precocísima. El autismo se explica como una cierta detención, rechazo o regresión del desarrollo humano.

1.3.1 Margaret Mahler.

Mahler, describe en 1952 dos formas de psicosis precoces. Para ella, existen las psicosis simbióticas y las psicosis autísticas. Como es evidente en la descripción anterior, Mahler defiende el cuadro de psicosis infantiles. A la autora le parece más adecuado que el concepto de esquizofrenia, ya que este se utiliza indiferenciadamente para niños como para adultos. Para Mahler, las psicosis infantiles tienen una relación directa con procesos patológicos durante el desarrollo psíquico de la infancia.

Para la autora existe un proceso psicoafectivo autista normal en los primeros años de la infancia. Según Mahler (1973), se distinguen las siguientes bases del desarrollo:

- La fase autística (normal o presimbiótica) (de 0 a 1 mes), la cual se caracteriza por la indiferenciación del mundo del infante y el mundo exterior.
- La fase simbiótica (de los 2 a 5 meses), etapa caracterizada por una fusión psicósomática madre-hijo. La madre se encuentra investida como objeto parcial de toda satisfacción.
- La fase de separación-individuación (de los 5 a 24 meses), la descripción de esta etapa está fundamentada por la diferenciación entre un adentro y un afuera, entre un yo y otro.

Mahler piensa que los niños psicóticos poseen la incapacidad de investir a sus madres como un objeto de gratificación. Sus madres son percibidas como un objeto parcial y no como representante del mundo exterior. Mahler precisa que el problema reside en una perturbación que no permite un proceso de individuación. Esto se debe a la incapacidad del infante a enfrentarse a los estímulos, ya sean del mundo exterior o de las excitaciones interiores. El niño estaría desprovisto de vínculos emocionales que lo sostengan y auxilien.

En la "psicosis autística" el problema se encontraría en que el infante no percibe a su madre en el mundo exterior. Existe en las "psicosis autísticas" una total indiferencia entre un adentro y un afuera, todo es uno. Además, el niño pone en acción un mecanismo de defensa contra el peligro de un mundo amenazante. Hay una defensa a la angustia de separación del lactante por su madre. Se trataría entonces de una profunda negación a la separación adentro-afuera, marcada por una "denegación alucinatoria de la percepción". El mundo exterior estaría amenazando constantemente al niño. Para lograr un equilibrio interno del sujeto, el niño debe replegarse sobre sí mismo. Niega así, una salida o un contacto con el exterior.

Para Mahler, el síndrome autístico radicaría en una manifestación de una etapa anterior a la fase simbiótica, la etapa más primitiva de la vida extrauterina.

El autismo infantil precoz representa una fijación primaria o una regresión secundaria a esa primera etapa de la vida extrauterina, la más primitiva, aquella que nosotros llamamos, la fase autística normal. El hecho que la madre, como representante de el mundo exterior, no aparezca del todo ser percibida por el infante, constituye el síntoma más evidente. (Mahler, 1973, p.76)

La autosuficiencia y la ilusión de omnipotencia que se exhibe en el funcionamiento de los sujetos autistas se explicaría con la hipótesis de un narcisismo primario arcaico, el cual incita a los sujetos a perseverar un mundo cerrado.

Según Olivos (2017), Mahler promueve la idea de continuum autístico que será retomado por Lorna Wing en los años 80 con el nombre de espectro autista. La razón se debe a que Mahler postulaba que las diferentes formas en que se manifestaban los síntomas, en las psicosis infantiles, eran a partir de un mismo cuadro clínico : “síndrome simbiótico”. Así, se hace posible pasar de una organización de tipo autística a una organización de tipo simbiótica, y a la inversa, en el curso del mismo tratamiento.

Existirían dos grandes categorías descriptivas de síndromes de psicosis infantil, pero que al interior de esas categorías hay fuertes variaciones (...) es entonces que nos encontramos con un gran espectro de características autísticas y simbióticas al interior del síndrome psicótico infantil. (Mahler, 1973, pp.80-82)

Estas ideas de Mahler, contribuyeron a Wing en la construcción del autismo como un cuadro dimensional.

1.3.2 Bruno Bettelheim.

En el año 1956, Bettelheim afirma que todo niño psicótico tuvo que haber sido sometido a situaciones extremas. Para Bettelheim las condiciones extremas significaban

(...) que uno no podía sustraerse a ella; era su duración, incierta, pero potencialmente igual a la de la vida; era el hecho de que nada que le concerniera se le podía prever; que la propia vida estaba en constante peligro y nada se podía hacer al respecto. (Bettelheim, 1969, p.94)

Un enfrentamiento temprano a tales condiciones, generarían una respuesta angustiosa ante la inmanencia de la muerte. Es esta, para Bettelheim, la causa del relegamiento autista. Entonces, según el director de la escuela ortogénica de Chicago, lo que se juega en el autismo parte de la vivencia del niño (la experiencia psíquica) y no de la realidad exterior en sí (mamá).

En su libro lanzado en 1967, *La fortaleza vacía*, expone que el niño considera al mundo exterior como amenazante. Frente a lo cual, el niño reacciona comprometido en su trabajo de atemperar su angustia. El niño pone a trabajar recursos para poder habitar el mundo. Uno de estos recursos es su repliegue sobre sí mismo, lo que repercute en su falta de interacción con el exterior, pero que como advierte Bettelheim, no quiere decir que no existan relaciones. El psicoanalista afirma sobre la interacción con otros que “se basa en la convicción de que el niño autista tiene, sin duda, relaciones con otras personas” (Bettelheim, 1969, p.500). Sobre la capacidad de hacer un contacto afectivo con otros, es que se basa la organización de su método terapéutico. Este intenta crear un ambiente tranquilizador y benévolo en que el niño pueda desarrollarse. Un lugar que sería lo contrario, a lo que supone Bettelheim, como causa del autismo: factores ambientales y vivencias personales angustiantes. En resumen, un ambiente patógeno. Este modo de comprender el tratamiento autista tiene sus consecuencias. En el tratamiento diseñado por Bettelheim (Egge, 2008), los niños son alejados de sus familias por largos periodos de tiempo. No sabemos las consecuencias que dicho tratamiento tuvo para los pacientes de la escuela ortogénica. Asimismo, durante bastante tiempo las ideas de Bettelheim dominaron el conocimiento sobre el autismo. Ideas que directamente, o no, culpabilizaban a los padres como la causa del autismo, en especial a la madre (Egge, 2008).

1.3.3 Donald Meltzer.

La predominancia en el funcionamiento psíquico del niño autista estaría en el concepto de desmantelamiento. El desmantelamiento es un mecanismo pasivo que resulta de la suspensión de la capacidad de atención y de un trabajo que se realiza con la función de “evitar el sufrimiento psíquico de la intolerable percepción de una separación con el objeto” (Meltzer, 1975, p.33). El autista desmantelado se encontraría “en un estado primitivo, esencialmente sin actividad mental” (Meltzer, 1975, p.33).

El concepto de desmantelamiento se articula con la noción de “bidimensionalidad en la relación de objeto”, la cual Tustin entendería “como una limitación sobre el objeto, el cual solo se encuentra en una simple superficie sensorial, que no posee ni de alivio ni profundidad” (citado por Doudard, 2013, p.102). En el mundo bidimensional no es posible ni interioridad o psiquismo, tampoco temporalidad. Al contrario, en un mundo tridimensional, se vive la experiencia de un mundo externo distinguible de uno interno. La cuatrodimensionalidad o tetradimensionalidad entrega la vivencia temporal, por lo tanto, es posible una historia personal-singular.

Complementando a lo anterior, el cuadro autístico se posaría fundamentalmente en un mundo bidimensional, “ni el goce ni los objetos son posibles de ingresar en el pensamiento o en la historia del sujeto” (Meltzer, 1975, p.198). En consecuencia, y de acuerdo a Maleval, el autista para Meltzer, “no está angustiado, no se defiende, no tiene actividad mental” (2012, p.42). La ausencia de actividad mental, equivaldría a un “déficit cerebral orgánico” (Meltzer, 1975, p.253).

1.3.4 Frances Tustin.

Describe el autismo como una forma de posicionamiento en el mundo, el cual se caracteriza como encerrado en una cápsula protectora, en cuyo interior la atención se concentra en sensaciones autogeneradas (Maleval, 2011). Existe un empleo idiosincrático y perverso de sus sensaciones corporales, las cuales producen una ilusión de protección (Maleval, 2011).

Para Tustin el desarrollo en la infancia de los autistas está marcada por una toma de conciencia prematura de separación entre ellos y el objeto. Particularmente, del pezón materno. Así es que,

si el niño toma conciencia de la pérdida del pezón antes de ser capaz de una representación interior de los objetos ausentes, tendrá la sensación de que ese puente se ha roto. Esto es lo que parece producirse en el niño autista que quiere evitar la repetición de esta experiencia dolorosa. (citado por Maleval, 2011, p.44)

Habría una especie de nacimiento psíquico prematuro que surge del sentimiento impensable de separación. Sentimiento suscitado por una angustia arcaica de

aniquilamiento. Hay un constante trabajo de protección por parte del niño autista, una labor contra la posibilidad que se repita aquella primera experiencia dolorosa de separación.

Así, frente a este sufrimiento, el bebé encuentra como solución el delirio autístico. Delirio de fusión con el ambiente o delirio de negación. Es decir, que no hay sí-mismo. Este delirio aniquila toda posibilidad de alteridad.

Tustin elabora la noción de objeto autístico. Objeto que generalmente es duro y que se manipula como si fuera una extensión de su propio cuerpo, creando la continuidad e indiferenciación entre ambiente y cuerpo. El objeto autístico no permite acceder al exterior, por lo tanto, ni al juego ni a lo simbólico. También, según la autora británica, el objeto autístico existe para tapar el agujero negro que perciben los autistas debido a la experiencia traumatizante de separación precoz (y al no-existir). Sin el objeto autístico, los niños autistas tendrían la sensación de quedar expuestos al mundo (Maleval, 2011).

1.4 Nuevos abordajes sobre el autismo

Desde la década del 70 existe un cambio en el abordaje sobre el autismo. La emergencia de sujetos autistas alejados de la imagen deficitaria “deja en jaque” las descripciones de Kanner como también las teorías psicoanalíticas, las cuales profetizaban un oscuro desenlace.

Los cuatros grandes abordajes psicoanalíticos clásicos del autismo infantil poseen un punto en común: la intuición que se trata de la patología más arcaica. Para Mahler la regresión libidinal profunda; para Meltzer el funcionamiento más desfalleciente del self; para Bettelheim, la angustia más extrema, y para Tustin el fantasma más catastrófico. Tales planteamientos sugieren implícitamente que el autismo es la patología más grave y que su pronóstico es sombrío. Durante mucho tiempo, en la imaginación de muchos clínicos, el autismo se codea con el retraso mental. (Maleval , 2011, p.45)

Según Maleval (2011), este giro se produce por dos razones, las cuales tendrán consecuencias directas en las actuales concepciones y tratamiento sobre el autismo.

1.4.1 La exposición de “mejoras” en casos sobre autismo.

En 1971, Leo Kanner escribe un informe que da cuenta del destino de los once niños estudiados por él en 1943 (Kanner, 1971). Dos de los once niños ha logrado una adaptación social bastante buena. Donald T. (caso 1) es cajero de un banco, vive solo y participa de una variedad de actividades sociales en su pueblo. Frederick W (caso 2) ha logrado socializar gracias a sus aptitudes por la fotografía y la música. Trabaja en una fábrica encargado de la máquina de fotocopias.

En el año 1981 se publica la investigación de Lorna Wing : *Asperger's syndrome: a clinical account*. El estudio parece responder directamente a la pregunta dejada por Kanner (1971) “es bien sabido en medicina que cualquier enfermedad pueda aparecer en diferentes grados de gravedad, desde las llamadas formas sutiles hasta las manifestaciones más fulminantes. ¿Es posible aplicarlo también al autismo infantil?” (Wing, 1991, p.111). Wing, a partir de una seguidilla de estudios busca presentar al autismo como un conjunto de manifestaciones clínicas diversas y con distintos grados de severidad. Niveles que irían desde la descripción de los niños de Kanner hasta los “pequeños profesores” de Asperger. Incluye también, la hipótesis de que algunos individuos “pasen” de una entidad a otra a lo largo del ciclo vital de un mismo sujeto. Para la investigadora británica “los términos autista y síndrome de Asperger son prácticamente equivalentes” (Wing, 1991, p.103).

En 1964, Rimbland expone tres casos de curación espontánea. Uno de los sujetos se convierte en matemático, otro en meteorólogo y el último, en compositor musical.

En 1978, B. Rimbland (citado por Maleval, 2011) comienza una investigación con 5.400 autistas. Las respuestas dadas por el padres sobre sus hijos con autismo lo hace concluir que el 9,8% de los niños autistas tienen capacidades asombrosas, en especial a lo referente a la memoria, las matemáticas y la música. En el mismo año, Michael Rutter y Eric Schopler (1978) recopilan en un libro las actualizaciones conceptuales y tratamientos sobre el autismo. Una de sus contribuciones concluye que el autismo se presenta con distintos grados de gravedad. Además, uno de los síntomas más característicos en el autismo, la soledad, no es una particularidad que se mantenga todo el tiempo. Los

autores afirman que si bien son reacios al contacto, una vez establecido toleran las relaciones y tienen un grado importante de proximidad con los otros.

Con el tiempo, alcanzan la edad adulta y la mayor parte de ellos tienen buenas capacidades verbales. Poseen un nivel normal de inteligencia, no tienen trastornos del pensamiento ni perturbaciones psicóticas, quieren tener relaciones sociales, aunque, manifiestamente, sus dificultades sociales persisten. (Rutter, 1978, p.498)

1.4.2 Una teoría cognitivista del autismo y el diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM).

En 1978, Eric Schopler sucede a Kanner como director del *Journal of Autism Childhood Schizophrenia*. Debido a que el acento ahora está puesto en los tratamientos comportamentales sobre el autismo, el título de la revista cambia a *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Según Maleval (2011), con este cambio se declara que la investigación se dirigiría hacia los trastornos cognitivos, dejando de lado el abordaje de la psicosis. En 1980, este cambio de paradigma es apropiado por el DSM-III. Se incluye al autismo en “los trastornos generalizados del desarrollo”. En la revisión del DSM en 1987, se describe como característica principal en el autismo, la dificultad de adquisiciones de aptitudes cognitivas, lingüísticas, motrices y sociales. De esto último, se desprende que el autismo tenga más que ver con una educación especializada que con la psiquiatría. El cuadro autista es sobre todo un hándicap.

En 1985, aparece en la revista *Cognition*, la tesis que declara que el modo particular en que los autistas procesan la información se debe a un trastorno primordial, una falla en construirse una teoría de la mente. La teoría de la mente, aquí, describe la capacidad que tenemos de poder interpretar lo que hacen los demás. También, a veces, nos permite predecir los comportamientos de los otros. Esencialmente, la teoría de la mente, es poder ponerse en el lugar del otro, facultad en que fallarían quienes padecen de autismo. Según una de las autoras del estudio, Uta Frith, afirma que los autistas actúan y piensan según el comportamiento, que no reconocen un sentido que acompañe las acciones. Asimismo, Frith (1989) atribuye que los autistas imputan a los otros el mismo saber que ellos poseen.

La falla en la teoría de la mente sigue resonando hasta hoy, aunque dicha teoría haya sido desestimada (Vidal, 1994);(Waterhouse, 1997). La crítica principal contra la teoría de la mente, se resume en que el éxito de las tareas relacionadas con la teoría de la mente, se correlacionan con el nivel de lenguaje, y no con el diagnóstico de autismo.

Ahora bien, basados en los nuevos estudios publicados en la *Journal of Autism and Developmental Disorders*, a partir de 1980, la psiquiatría y la psicología más experimental y cognitivista augura un mucho mejor futuro para quienes padecen de autismo (Maleval, 2012). Así también, cada vez más resuena la noción de espectro en desmedro del autismo como una entidad única. La idea del autismo clásico de Kanner empieza a concebirse como una forma más dentro de una variada presentación clínica.

Maleval, expone que se ha cambiado de perspectiva sobre el autismo. Se han ido desechando las tesis psicoanalíticas por un paradigma cognitivista. Lo más llamativo para Maleval (2011) -según la advertencia que hacía Rutter en 1974- se debe a la mutación y borradura de la concepción del autismo desde una manifestación de la retracción de lo social y lo afectivo, a ser considerado como un trastorno del desarrollo. El cuadro de autismo es calificado como un déficit cognitivo severo, debido a diversas formas de un disfuncionamiento biológico.

De la argumentación anterior, es posible trazar las consecuencias para las futuras elaboraciones sobre el autismo y su tratamiento. Una perspectiva cognitivista fundamenta que el autismo es una condición deficitaria de ciertos aspectos cognitivos. Por lo cual, lo recomendado es un tratamiento educativo-conductual. Según el cual, las discapacidades autistas serán modificables por medio de la enseñanza y el entrenamiento.

1.5 Desarrollos cognitivistas

1.5.1 Lorna Wing.

Es una de las investigadoras a quienes se le reconoce como una de las propulsoras en la investigación actual sobre el autismo. A ella se debe la actual nomenclatura de trastornos del espectro autista. Antes, conocido como trastornos generalizados del desarrollo.

En 1981, publica en la *Psychological Medicine*, una propuesta para definir el síndrome de Asperger. Para tal caso, la autora inglesa se basa en 34 niños que habían sido diagnosticados, erróneamente, con trastornos del espectro de la psicosis, entre otros. Muchos de los casos estudiados por Wing, evolucionan desde el síndrome identificado por Kanner hacia la patología descrita por Asperger en 1944. En las palabras de Wing:

El argumento más demostrativo a la existencia de un continuum que se despliega sin forzamientos desde el autismo de Kanner hasta el síndrome de Asperger proviene de un material clínico de acuerdo con el cual un mismo individuo, indudablemente autista en los primeros años, hizo progresos que lo condujeron en la adolescencia a desarrollar todas las características del síndrome de Asperger. (Wing, 1991, p.103)

La autora desarrolló la que se conoce como la triada de Wing: deterioro de la comunicación verbal y no verbal, deterioro de la interacción social y patrones de conducta, intereses y actividades restringidos. Según la británica (1981), las conductas propias de los niños que padecen algún trastorno del espectro autista se consideran así:

1. Alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca. Compromiso en la capacidad para reconocer a los otros. La interacción social se presenta desde el aislamiento (se evita todo contacto) hasta la busca activa del contacto.
2. Alteraciones en la comunicación verbal y no verbal. Son variaciones y dificultades en relación con la emisión y comprensión de señales sociales, ya sean verbales o no. La comprensión social estaría afectada en relación con la inhabilidad para identificar el sentido y los objetivos del comportamiento de los otros.
3. Presencia de patrones restrictivos, repetitivos y estereotipados de la conducta. Existe la imitación de comportamientos sociales, los que tienden a ser ejecutados de modo mecánico y restringirse sólo en ciertos contextos.

Una de las ideas que mayor influencia ha tenido, es determinar al autismo como un espectro. Wing, instaura una escala basada en grados de compromiso, que señalan la calidad para la interacción social, conducta comunicativa y restricción imaginativa de la conducta adaptativa. En qué grado se encuentran estas áreas, se vinculará estrechamente con las necesidades de servicios para estos niños. Según la guía de

práctica clínica sobre los TEA chilena (2011), el diagnóstico de un TEA no es una clasificación de tipo “categorial” (presencia/ausencia de trastorno), sino de tipo “dimensional”. La clasificación incluye diagnósticos espectrales e implica que los fenómenos se distribuyen según grados de funcionalidad o disfuncionalidad cognitiva. Desde esta perspectiva, la gravedad de los casos depende de factores como la comorbilidad médica, cantidad de sintomatología asociada presente y nivel intelectual.

1.5.2 Uta Frith.

Para la psiquiatra de origen alemán, el autismo es un problema del desarrollo. Se manifiesta por conductas que varían según la edad y la habilidad. Las características nucleares son las dificultades en la sociabilización, comunicación e imaginación (Frith, 1991).

Frith (1989) propone que el autismo se caracteriza por una dificultad para integrar la información sensorial a diferentes niveles, ya que para generar una conducta atinente al contexto se necesita la integración de varios niveles de información (Modelo de Coherencia Central). Esto explicaría en los sujetos con TEA su fijación en los detalles, conductas inapropiadas al contexto y sus dificultades en el funcionamiento ejecutivo. Además, a nivel de conductas e intereses, su campo es restringido y repetitivo, características transversales a las manifestaciones del espectro.

1.5.3 Baron-Cohen y Hammer.

En 1996, Baron-Cohen y Hammer (MINSAL, 2011) conjeturan la hipótesis que el trastorno autista se debe a un cerebro masculinizado en extremo. Este enfoque intenta explicar las bases cognitivas del autismo en relación a una posible masculinización en grado excesivo del cerebro de los individuos con TEA. Lo cual, incidiría en perfiles cognitivos propios de los varones (habilidades especiales superiores, desarrollo lingüístico algo más tardío, habilidades sociales menos desarrolladas y habilidades menores en la teoría de la mente) en comparación con las mujeres (MINSAL, 2011). Según lo antes descrito, en las personas con TEA las características propias de los varones se encuentran alteradas de manera acentuada y con manifestación más fluctuante que en los varones sin TEA,

afectándose sus habilidades lingüísticas, sociocomunicativas e imaginativas de manera variable⁶.

1.6. Perspectivas psicoanalítica contemporáneas

Que nosotros somos psicoterapeutas y no zoólogos,
que tenemos como tema los hombres, enfermos o no,
y que éstos se distinguen de los animales porque están dotados de la palabra,
y que esta palabra es nuestro instrumento de trabajo,
de el hecho mismo que la palabra nos constituye fundamentalmente
y nos sitúa en el mundo. (Oury, 2003, p.79)

Existe entre los estudios psicoanalíticos un gran interés por el problema del autismo. Se expone en diversos congresos, se crean asociaciones, grupos de estudios y seminarios acerca del tema. Esta seducción provocada por el autismo, parece nacer primero: como una respuesta política frente a las intenciones de grupos de presión y de profesionales que han luchado por desacreditar y, más concretamente, hacer desaparecer todo abordaje terapéutico psicoanalítico en los TEA. Segundo, desde alrededor de los años 70, se comienza a gestar una mirada distinta del autismo. Hay una perspectiva global que se empeña en la posibilidad de tratamientos con mejores resultados que los experimentados en antaño. Entre tales aproximaciones se encuentra la lacaniana. La cual reformula el problema del autismo, encontrando nuevas comprensiones y tratamientos basados en el anudamiento entre una teoría psicoanalítica y la escucha de los sujetos autistas.

1.6.1 Rosine y Robert Lefort.

En 1980, Rosine Lefort en colaboración con su marido, publican *El nacimiento del Otro*. Proponen al autismo como una cuarta estructura junto a las otras tres: neurosis, perversión y psicosis. Esta cuarta estructura no comprende solo a la infancia, sino también a la adolescencia y la adultez.

En el texto se describen los encuentros con Marie-Françoise (a la fecha tenía 30 meses de edad), recalcando su imposibilidad por construir un Otro. Como señala González

⁶ La realidad de las cifras parecería acercarse de hecho a la paridad, ya que la ratio hombres/mujeres sería de 1,15. Judith Gould. (Laurent, 2013, p. 222).

(2009), en ausencia del Otro simbólico el autista responde a la presencia del Otro real. En otras palabras, cuando al autista le es imposible entrar en una relación simbólica con sus semejantes, lo que deviene es un estado constante de angustia. El modo de captar lo real se exterioriza en una demasía de excitación que desborda al sujeto, pues carece de los recursos psíquicos necesarios para tramitar el empuje pulsional. En estas disposiciones se explicarían por qué la mirada y la voz del Otro son rechazadas: los objetos voz y mirada se perciben como amenaza. Entonces, el autista experimenta un estado de invasión. La angustia es desmedida y se manifiesta, generalmente, en comportamientos repetitivos y autodestructivos. Esta visión concuerda con los planteamientos de Meltzer y Tustin, ya que para estas autoras, el papel de la pulsión de muerte es predominante.

Sobre el rechazo al Otro, los Lefort explican que “si el autista se precipita hacia el analista para su sesión, no es para dirigirse a él, sino para rechazarlo, anularlo, incluso destruirlo” (Lefort, 1998, p.278). Para los autores la estructura autista se comprende como una relación destructiva hacia el Otro. La pulsión de destrucción es lo sustancial en el autismo. Afirman una voluntad de goce dirigido al cuerpo real del Otro, bajo la modalidad sádica, como manera de dividir a este Otro. Sin embargo, en el análisis del caso Marie-Françoise, también se hace evidente cierta posibilidad para crear un aparato psíquico que haga lugar a Otro “este mecanismo tiene lugar bajo las condiciones que introduce un incipiente vínculo entre el autista y la analista, y está íntimamente unido a la aparición de un objeto real que media en dicha relación. La extracción de un objeto medio de satisfacción pulsional, separable del Otro, es lo que permite hablar del nacimiento de Otro” (González, 2009, p.5), y agrega: “para esto, es necesario que el analista ofrezca la posibilidad de extraer dicho objeto, en la medida en que se presenta como un Otro en falta y supone un sujeto en el autista” (González, 2009, p.14). La cita anterior quedaría ejemplificada en los intentos de Marie-Françoise por quitar algunos objetos (lápices, cabellos, gafas) a Rosine. Este acto sería la señal de reconocimiento de un Otro diferente, un nacimiento de Otro.

Por otro lado, desde el despliegue teórico realizado por los Lefort, advertimos una posición diferente en la comprensión del trastorno autista. La diferencia nos parece radicar en la ausencia de una búsqueda de tipo psicogénesis, o por lo menos, no quedan atados a esa discusión. En las primeras conjeturas psicoanalíticas sobre el autismo, la dimensión principal de comprensión se ubicaban en definir al autismo como un modo de defensa ante un mundo desmesuradamente peligroso. Este peligro podía presentarse de

manera innata, como en el caso de Mahler, o a causa de un ambiente que entorpece el desarrollo, como en el caso de Bettelheim. La comprensión estaría en ubicar cuál ha sido la causa que ha entorpecido el desarrollo del sujeto. Por otra parte, desde los Lefort, la comprensión del cuadro autista estaría puesta en la relación con el Otro y las consecuencias que esta tiene para el autista. Es decir, qué lugar tiene el Otro para el sujeto autista, en especial cuando este Otro no existe. Como precursores de la nueva clínica psicoanalítica sobre el autismo, la idea fundamental se expresa en que el cuadro autista no es una enfermedad ni un hándicap, es un funcionamiento subjetivo singular. Distinguido de mejor manera y casi a modo de consigna, Maleval señala lo siguiente:

“la gente ve en el autismo muchas cosas, una forma particular de ser, de entrar en contacto, cierta percepción de sí, una cultura compartida, una fuerza, un desafío, un caparazón o un instrumento, un don o un hándicap. Pero si hay algo que, sin duda, el autismo no es, es una enfermedad” (Maleval , 2011, p.21)

Entonces, para algunos autores de orientación lacaniana, el autismo es un modo subjetivo de estabilización y de estar en el mundo. Un modo de ser que se instala antes de que el niño pueda anudar su cuerpo junto a la imagen y la palabra.

La identificación con el otro es un mecanismo psíquico muy temprano. Se haya precozmente en nosotros en tanto que siempre estamos con otros. Así, la identificación permite a un bebé considerar al otro (al adulto, a los padres) como a alguien que posee algo. Algo que a uno le interesa y que, además, necesita imperiosamente para mantenerse en el mundo. Esta relación temprana en el autismo no se produce de entrada. El autista vive con la omnipotencia de satisfacerse solo, únicamente con su cuerpo y, en algunos casos, con un objeto. El autista no demanda nada de lo que el otro tiene para ofrecerle. Los síntomas prínceps del cuadro autista inician cuando los padres o cuidadores advierten este desinterés del niño por el mundo. Es cuando la sintomatología clásica descrita por Kanner se despliega (Maleval, 2011).

El autista se inventa su manera inalterable de existir, se defiende de la variabilidad y la contingencia que encarna la intromisión del otro. En principio, y mientras no sea sacado de su inmutabilidad, pareciera que los sujetos autistas no sufren, pero los individuos con autismo no viven solos. Las personas con autismo, al igual que todos, están a la

constante merced de la presencia de los otros. Lo que le plantea una imposibilidad: la de ser autista del todo.

1.6.2 Jean-Claude Maleval. La retención del objeto del goce vocal.

En el año 2005, Maleval sostiene -siguiendo a los Lefort- que el autismo constituye una cuarta estructura. Si bien, no por las mismas razones, ya que señala que le parece insuficiente adscribir al autismo en una estructura -aunque lo considera pertinente- apoyado tan solo sobre la idea de pulsión de destrucción y de una cura incompleta. Maleval opta por colocar el acento en las modalidades de evolución del cuadro clínico:

Dado que hay forclusión en el autismo, se podría decir que es una psicosis. ¿Por qué razones prefiero no decirlo? Respecto de la tesis de R. y R. Lefort, me parece que una especie de contradicción existe entre la afirmación, por una parte, que el autismo es una cuarta estructura, y que, por otra parte, evoluciona hacia la psicosis. Sostengo que el autismo es una cuarta estructura ya que no evoluciona hacia la psicosis, sino hacia el autismo. El autismo evoluciona hacia el autismo. (Maleval, 2005, p.112)

Para Maleval, existe una persistencia en el funcionamiento autístico. La modificación de los cuadros clínicos no suprime lo fundamental en el autismo: la inmutabilidad (sameness, como trabajo del sujeto de poner un mundo en orden) y el aislamiento (aloneness, como negativa al llamado del Otro). Maleval (2011), agrega la afectación profunda de la enunciación como consecuencia y lugar articulador de las primeras formas fundamentales del ser autista, las cuales persisten desde su localización por parte de Kanner y Asperger. Es de este modo, que la argumentación del autismo como un cuadro distinto, por parte de Maleval, se remonta a las principales tesis de Kanner y Asperger. En tal sentido, Maleval indica:

La persistencia en el tiempo de la personalidad autística tipo constituye un índice crucial que demuestra que se trata de una entidad natural. A partir del segundo año de vida, se encuentran ya rasgos característicos que permanecen claros y constante a lo largo de la vida entera. Por supuesto, la inteligencia y la personalidad se desarrollan, y a lo largo de esta evolución algunos rasgos se afirman o retroceden, de tal modo que los problemas que se presentan varían

considerablemente. Pero los aspectos esenciales de tales problemas se mantienen inalterados. En la infancia temprana, los autistas tienen dificultades para la adquisición de competencias simples en el dominio de la vida práctica y la adaptación social. Estas dificultades provienen de un mismo trastorno que provoca, en la edad escolar, problemas de aprendizajes y comportamiento; en la adolescencia, problemas relativos al trabajo y a las competencias; luego, en la edad adulta, conflictos sociales y conyugales. Así, aparte de su sintomatología propia, lo que hace del autismo una entidad particularmente reconocible es su constancia. (2011, p.93)

En lo que concierne al problema de la enunciación, Maleval argumenta contrariamente a quienes ven una salida del autismo en los casos diagnosticados con síndrome de Asperger. Una de las hipótesis más desarrolladas en el libro *El autista y su voz* (Maleval, 2011) es que el autismo se caracterizaría por una retención del objeto del goce vocal: “Así, la posición del sujeto autista parece caracterizarse por no querer ceder en relación al goce vocal. De ello resulta que la incorporación del Otro del lenguaje no se produce” (Maleval, 2011, p.74). Rehusarse al goce vocal, la dificultad de tomar posición de su propia voz, refiere a la ausencia de la inscripción en el campo del Otro. Aunque, quienes son diagnosticados con el síndrome de Asperger tienen acceso al lenguaje, no dicen nada. Esta fórmula quiere decir que, se pueden intercambiar opiniones, pero que si no se está afectado y comprometido (lo cual pasaría a los sujetos con SA) con lo dicho, no se comunica. En lo que se comunica se juega la subjetividad. En la comunicación, se juega el estar afectado, tanto por lo dicho y por lo que el otro dice. Hablar no es solo decir enunciados, requiere hablar en nombre propio, hablar desde el yo. Hacerse cargo desde lo que se dice y desplegar un deseo en lo que se está diciendo. Insistimos, para que haya lenguaje, no es suficiente controlar las palabras. En comunicarnos, se pone algo de uno mismo que lo identifique a sí mismo como quien demanda, como quien desea. En la orientación de Maleval, la dificultad en el lenguaje no tienen que ver con una alteración de una función, es una posición de rechazo a comprometer el sí mismo. Ya sea, no hablando nada o hablando mucho. Pues, la verborrea, el mutismo y la imitación, son instancias defensivas en donde el sujeto se engaña a sí mismo. Esta explicación de Maleval se fundamenta en los estrategias cometidas por autistas de alto nivel (Donna Williams, Grandin, Sellin, Tammet y Sinclair), con el fin de zafar a la angustia provocada por relacionarse con otros. De acuerdo a esto, Maleval sostiene lo siguiente:

La indicación de Lacan: el autista puede hablar a condición de seguir siendo verboso, de parlotear. Es en ese hablar sin detención donde la enunciación está ausente. Para evitar la angustia del niño autista, recomienda respetar su rechazo al Otro: que hable a condición de evitar la puesta en función del objeto del goce vocal. Donna Williams sostiene que para permitir al autista tomar la palabra sin despertar la angustia, las condiciones serían las siguientes: hablar para no decir nada, hablar para no ser comprendido, hablar sin dirigirse al interlocutor, la repetición de dichos enteros de memoria, en definitiva, nada que sea íntimo. (Maleval, 2011, p.76)

1.6.3 Éric Laurent. El borde autístico.

Laurent, inspirado por la enseñanza de Rosine y Robert Lefort, intenta separar el autismo del cuadro de las psicosis.

Es especialmente a partir de 1992 que Robert y Rosine Lefort se han orientado hacia una separación del autismo del marco general de las psicosis. ¿Había que separarlas por una modalidad particular de la forclusión, que provoca el rechazo de todos los significantes, o por una modalidad particular del retorno del goce en el cuerpo?. (Laurent, 2007)

La respuesta de Laurent es entender el autismo desde la óptica del goce, en específico, saber cómo el goce se comporta en las estructuras clínicas. Es decir, bajo qué circunstancias específicas se produce el retorno del goce, "(...) en el autismo el retorno del goce no se efectúa ni en el lugar del Otro, como en la paranoia, ni en el cuerpo, como en la esquizofrenia, sino más bien en un borde" (Laurent, 2013, p.80). De acuerdo con Laurent, este reafirma al autismo como un cuadro original basado sobre una nueva modalidad particular del retorno del goce. Sustentados en el ejemplo de Olivos, exhibimos, como esta hipótesis del retorno del goce en un borde posee su correlato clínico:

En la clínica del autismo es frecuente la observación de « comportamientos de frontera », según la expresión de Bettelheim: el niño autista permanece pegado a los muros, vacila ante el umbral de una puerta sin decidirse a avanzar o

retroceder, se embadurna el rostro alrededor de ojos y labios, etcétera. Numerosas son, pues, las observaciones relativas a bordes, fronteras y umbrales. Lo que Bettelheim llamaba comportamiento de frontera –boundary behaviour– es una concretización de la noción de borde. (2016, párr.41)

Para Laurent, a partir del retorno del goce en un borde es posible establecer una diferenciación entre psicosis y autismo:

Si el goce se localiza en un *objeto perdido* para el neurótico, en un *fetiché* para el perverso, si retorna en el cuerpo para el esquizofrénico mientras que se encuentra identificado en el Otro para el paranoico, entonces el autismo se revela como un funcionamiento subjetivo original, caracterizado por el retorno del goce en un borde. (citado por Olivos, 2017, p.77)

En concordancia con Maleval, Laurent también plantea la dificultad que poseen los autista en la enunciación. De la cual, su máximo soporte es la voz. Compromiso que concierne al goce del sujeto, ya que no deja investir a la palabra en su goce. Entonces el goce retornaría en un borde, el cual se sostendría muchas veces en la utilización de objetos. Es pues, a través de la elección de un objeto que el sujeto autista despliega y articula su mundo, pudiendo así compensar su rechazo inicial. Como señala Laurent (1997), el objeto-borde se apoya “en una tentativa de agregar un órgano cuando justamente el lenguaje no ha podido hacer órgano” (citado por Olivos, 2017, p.83).

Esta constelación de formas que se despliegan (aislamiento, estereotipias, objetos autísticos) en el esfuerzo constante por delimitar su mundo, deben ser tomadas como condición de entrada en todo tratamiento que indague el establecimiento de una relación del sujeto autista con el mundo exterior.

1.7 Criterios psiquiátricos

En la mayoría de los planteamientos contemporáneos, el diagnóstico de la clínica del autismo se basa en la identificación de conductas objetivas y observables. Esta determinación se ha desarrollado bajo dos entidades: trastornos generalizados del desarrollo (TGD) y trastorno del espectro autista (TEA). Ambos cuadros han sido limitados bajo los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

1.7.1 Autismo y síndrome de Asperger en el DSM.

La primera aparición del cuadro de autismo en el DSM fue en 1968. En la versión DSM-II, el autismo fue insertado en el cuadro de “esquizofrenia de inicio en la infancia”. A partir de 1980 fue retirado de la categoría de esquizofrenia. En el DSM-III se contempla como una entidad única llamada “autismo infantil”, para su diagnóstico se requerían seis condiciones, todas debían estar presentes.

A. Inicio antes de los 30 meses. B. Déficit generalizado de receptividad hacia a las otras personas (autismo) C. Déficit importante en el desarrollo del lenguaje D. Si hay lenguaje se caracteriza por patrones peculiares tales como ecolalia inmediata o retrasada lenguaje metafórico e inversión de pronombres. E. Respuestas extrañas a varios aspectos del entorno; por ejemplo, resistencia a los cambios, interés peculiar o apego a objetos animados o inanimados. F. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, asociaciones laxas e incoherencia como sucede en la esquizofrenia. (APA, 1980, p.89)

En 1987, en el del DSM III-R, se sustituyó autismo infantil por trastorno (disorder) autista (Artigas-Pallares y Paula, 2012). En el 1991, con el DSM-IV, al autismo se le caracteriza como un trastorno severo e invasivo con repercusiones en diversas áreas del desarrollo.

(...) se caracterizarían por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. (...). Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retardo mental. (APA, 1995, p.69)

Se definieron en la categoría de trastorno autista cinco categorías: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Además, se incorporó el término trastornos

generalizados del desarrollo (pervasive developmental disorders) como denominación genérica para englobar los subtipos de autismo.

Finalmente, en el DSM-V (2013), el autismo es situado en la categoría de trastornos del desarrollo neurológico. Dentro del subtipo trastorno del espectro autismo. Es asumido como un espectro, substituyendo a la categoría de TGD y agrupando al espectro en un solo término. El trastorno de Asperger es sacado como un trastorno autónomo. Se agregaron "especificadores" que sirven para la identificación de un continuo y sus variaciones: "con o sin déficit intelectual", "con o sin deterioro en el lenguaje acompañante". En resumen, bajo las consideraciones de la última edición del DSM, el autismo queda considerado como un déficit cerebral y los sujetos con autismo son deficientes. El autismo es definido como un síndrome crónico considerado incurable y de tratamiento limitado a la zona médica y educativa; con dos obstáculos principales: la discapacidad y cronicidad (Borges y Shinohara, 2007).

1.7.2 Autismo.

Incapacidad de desarrollar una socialización normal. El autismo referiría esencialmente a un problema de relación con los otros. Existe en un comienzo una interacción rudimentaria con los cuidadores que se basa solo en la demanda por hambre y sed. En la niñez temprana, el seguimiento motor y de atención hacia las madres es escaso, igualmente es el interés por el ambiente. Al pasar los años se hace más evidente la falta en el desarrollo social. No existe intención en denunciar la presencia de otras personas. No tienen interés en interactuar con otros niños, prefieren jugar solos. Es común que eviten el contacto visual con otras personas o que la mirada parezca perdida o "atravesaran" a las personas como si no existieran.

Perturbaciones en el hablar, el lenguaje y la comunicación. Para Wing (1998), lo característico del niño autista es un problema en la comunicación, no en el lenguaje. En el caso del habla, el desarrollo es anormal. Hay ecolalia, ecolalia retardada e inversión de pronombres. También es común encontrar que utilizan las frases según la misma situación que la aprendieron, restringiendo su uso a solo ese contexto. Según Paluszny (1987), los niños con autismo no realizan, o es muy mínima, la utilización de gestos, entonación de la voz o movimientos con afán comunicativo.

Relaciones anormales con objetos y acontecimientos. Es probable encontrar que los niños con autismo tienen la necesidad de permanecer junto a un objeto. Pudiendo ser este, un juguete, una herramienta, un libro, etc. La falta de este objeto causa gran ansiedad e intranquilidad en los niños con autismo. El juego que realizan con algún objeto suele ser siempre el mismo.

Suelen rechazar los cambios de vestimentas y el ser desnudado. El orden de los objetos y de las rutinas es primordial en su diario vivir. Cambios en el orden son causas de gran malestar y disgusto, llegando a crisis de violencia contra otros o contra sí mismos.

Las estereotipas del sujeto autista son comúnmente relacionadas con sus movimientos motrices. También, la estereotipia autista se presenta en el uso que le dan al lenguaje. Ambas reproducciones repetitivas fueron advertidas por Kanner, quien les asignó su función en la persistencia de la inmutabilidad de los niños autistas.

Respuestas anormales a la estimulación sensorial. En el caso de la visión, por lo general, seleccionan algún detalle de las figuras que observan y no la forma completa. Prefieren la utilización de una mirada periférica para observar a su alrededor. Es frecuente observar una fascinación por parte de estos niños en mirar objetos con un movimiento constante.

En lo relativo a lo sensorial, muchos sujeto autistas se infringen lesiones. Algunos se golpean contra las paredes y el suelo. Algunos se pican los ojos y se arañan. Frente al dolor el espectro es amplio. Muchos poseen un gran umbral al dolor mientras que otros uno muy bajo. Es posible encontrar un sujeto que sienta en ambos extremos.

Según Powers (1999), los niños con autismo se les dificulta el proceso de permeabilidad sensorial y la selección de estímulos importantes. Lo cual hace que el niño autista reaccione de manera tan excesiva frente a ciertos estímulos (iluminación y ruidos).

Retrasos en el desarrollo. Es habitual que los padres informen que sus hijos tuvieron un desarrollo normal hasta los tres años aproximadamente, desde esa edad las habilidades adquiridas van perdiéndose. Otros cuidadores refieren que desde el nacimiento existe un retraso en el desarrollo.

1.7.3 Síndrome de Asperger.

Según Klin (2003), es un cuadro clínico que se caracteriza por el aislamiento social, la pobre comunicación no verbal (gestos y tono afectivo de la voz), escasez de empatía y una marcada tendencia para intelectualizar sus emociones. La conversación es dominada por temas específicos y existe torpeza motriz.

Las principales características que distinguen al síndrome de Asperger del autismo son que los primeros poseen habilidades normales de inteligencia y lenguaje. Estas habilidades pueden enmascarar el déficit en el desarrollo social, por lo cual, el diagnóstico de este síndrome suele ser más tardío (White, Hill, Winston y Frith, 2007).

Alteraciones en la interacción social. El sujeto que padece del síndrome de Asperger interactúa con el mundo que lo rodea (a diferencia de quien padece de autismo, quien parece inmutable con su medio) pero el modo de interactuar resulta inadecuado a las convenciones sociales. Es característico su poco tino para realizar comentarios. Muchas normas sociales les parecen ilógicas y presentan dificultades para comprender las reglas de juegos en grupo. Se hace notoria la pretensión de no interactuar con otras personas. Pueden hacerlo si es que es el otro quien toma la iniciativa. Si se acercan a otros, el contacto suele ser inapropiado o de un modo excéntrico (Klin, 2006). El rango de intereses es muy reducido y las conversaciones suelen estar dirigidas según su propio interés. A menudo reaccionan de forma insensible, con formalidades o indiferencia (Klin, 2006).

Alteraciones en la comunicación y el lenguaje. A diferencia del autismo, los sujetos con Asperger desarrollan buenas habilidades lingüísticas, empero presentan alteraciones en la comunicación. Según Klin (2006), existen tres aspectos del lenguaje que presentan alteraciones: 1) pobre prosodia; 2) la velocidad del habla puede ser inusual; 3) pobre modulación del volumen de su voz. Como señalaba Asperger (1991), la forma en que hablan estos niños parece ser la de un adulto erudito. Su hablar puede ser descrito como pretencioso y minucioso.

Intereses restringidos y conjunto de rituales. Es común notar el interés restringido debido a las grandes colecciones de información, objetos u otros artefactos

que poseen en relación con temáticas que les interesan. El orden y la rutina, al igual que en el autismo, tienen un papel principal en sus vidas. La ansiedad y enojo frente a los cambios suelen enfrentarlos un poco mejor que quienes padecen de autismo. Si bien existen sujetos con movimientos estereotipados, su presencia no es la mayoría en el síndrome de Asperger (Klin, 2006).

Sensibilidad sensorial y torpeza motriz. Existe una gran sensibilidad sensorial. En especial, a lo relacionado con el sonido. La yuxtaposición de muchas voces, ruidos fuertes o inesperados, suelen generar gran tensión.

Es característico que los niños con síndrome de Asperger caminen algunos meses después de lo esperado. Presentan descoordinación en los juegos de pelota, andar en bicicleta y deportes en general. Exhiben una postura corporal rara (Klin, 2006). Según Elhers y Gilberg (citado por Attwood, 1998), entre un 50 y un 90 por ciento de quienes padecen de Asperger presentan algún problema relacionado con la coordinación motriz. En cuanto a la motricidad fina, presentan problemas en la coordinación ojo-mano, afectando, por ejemplo, la escritura.

II. Tratamientos

Según las directrices de un estudio del 2012 (Salvadó-Salvadó, Palau-Baduell, Clofent-Torrentó, Montero-Camacho, & Hernández-Latorre, 2012) y a partir de las publicaciones estudiadas por estos autores, los tratamientos para personas con TEA son posibles de clasificar en tres tipos. El primero de ellos está basado en el modelo de intervención propuesto por el National Autism Center en 2009. Este consiste en la ejecución de procedimientos de aprendizaje o prácticas específicas para disminuir una conducta no deseada o promover alguna conducta deseada en un tiempo relativamente breve (Odom, Boyd, Hall, 2010). Las intervenciones de este tipo se basan en los principios del condicionamiento condicionado y sus derivados. La segunda forma de tratamiento comprende la adhesión a modelos globales de tratamiento (comprehensive treatment models). Integran variadas prácticas sobre el área del desarrollo humano con el fin de implementarlas en un modelo global en auxilio de las personas con TEA. Por último, se encuentran los tratamientos desarrollados bajo la farmacología, los cuales han sido indicados solo para enfermedades derivadas del TEA (hiperactividad, depresión, ansiedad, inatención, pensamiento obsesivo, agresión).

2.1 Tratamientos cognitivos-conductuales

2.1.1 ABA (Applied Behaviour Analysis).

El análisis de conducta aplicado es un modelo de base cognitivo conductual que mediante el uso de programas especializados busca el desarrollo de nuevas conductas y habilidades. El ABA es un sistema elaborado por Ivar Lovaas, en la Universidad de California en Los Ángeles, donde desarrolló el Young Autism Project (Mulas et al., 2010). Centro dedicado a la investigación de la enseñanza de niños y jóvenes con autismo a través de un entrenamiento exhaustivo y altamente estructurado (Los Angeles Young Autism Project model, 2015).

A la base del método de Lovaas se encuentra la utilización de los principios del aprendizaje y la conducta (condicionamiento operante, condicionamiento clásico y teoría de aprendizaje social). El sistema de análisis de conducta aplicada ayudaría a los sujetos a aprender nuevas habilidades. Las destrezas y conductas ya aprendidas se buscan ampliar a otras situaciones. La intervención tiene como fin inhibir o reducir las condiciones y conductas desadaptativas.

Características del programa. El programa consta de intervenciones individualizadas o en pequeños grupos. Se recomienda observar el día del niño y trazar un horario balanceado entre terapia intensiva, actividades menos intensivas (pero aun estructuradas) y tiempo libre. Se recomienda instrucción directa intensiva de cuarenta horas semanales y por un periodo mayor a dos años (Leaf y McEachin, 2000).

Acerca del rol familiar, se les recomienda participar activamente del programa. La familia es “quien más se interesa y se ve más afectado por el desorden del niño” (Leaf y McEachin, 2000, p.4). Su participación favorece la terapia, pero debido a su costo emocional y temporal es también recomendable la contratación de personal calificado. Resulta importante hacer que el niño participe de la vida diaria para “evitar empujarlo al asilamiento” (Leaf y McEachin, 2000, p.5)

El método principal de aprendizaje es el de “enseñanza de tareas discriminativas” (Discrete Trial Training, DTT). Método que descompone las tareas y que su ejecución es fortalecida gracias a la utilización de refuerzos. El fin es la adquisición de un comportamiento para una tarea en particular. Dicho método puede ser utilizado por todas las edades y poblaciones, ya que es un principio de “buena enseñanza” (Leaf y McEachin, 2000, p.6). El aprendizaje comienza con la enseñanza de habilidades sencillas, las cuales van aumentando en complejidad a medida que el niño avanza. El modo de trabajo es en forma de ensayo y error, con cuatro elementos (Mulas et al., 2010):

- El terapeuta presenta una orden o pregunta clara (estímulo).
- En caso necesario, la orden va seguida de un refuerzo.
- El niño responde de manera correcta o incorrecta (respuesta).
- El terapeuta proporciona una consecuencia: una respuesta correcta recibe un refuerzo, mientras que una incorrecta se ignora o se corrige.

Respecto al ambiente, este debe ser en un comienzo bastante controlado. Luego, en medida de los avances se puede ir extendiéndolo a un medio más natural, como la casa, la escuela y la comunidad.

Una parte fundamental del programa es el establecimiento de buenos refuerzos para la ejecución de la tareas trazadas por los terapeutas.

Efectividad del programa. La intervención del programa ABA ha demostrado incrementar la funcionalidad en las áreas de lenguaje, juegos, social y auto-ayuda. Sin embargo, existe una graduación en el incremento de la funcionalidad. Los factores que influyen son: la edad que comienza el tratamiento, la calidad del mismo, la perseverancia del ambiente, en el hogar y la capacidad cognitiva del niño. Según las investigaciones (Leaf y McEachin, 2000, p.9), menos de la mitad de los niños que comenzaron el tratamiento antes de los tres años alcanza un nivel de recuperación.

2.1.2 TEACCH (Treatment an Education of Autistic and Communication Handicapped Children).

El TEACCH se inició en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, en 1966, por el Dr. Erich Schopler. Se estableció formalmente en 1972 como un programa que incluía servicios clínicos y formación profesional.

En la base del tratamiento se encontraría la teoría de aprendizaje cognitivo-social y la “cultura del autismo”. Con esto se refieren a tomar en cuenta las habilidades y dificultades neurosicológicas que comparten las personas con TEA (Salvadó et al., 2012). Es decir, considerar como parte del tratamiento las formas peculiares que tienen los autistas para pensar, aprender y experimentar el mundo. Estas características especiales explicarían los problemas conductuales y síntomas que presentan (Mulas et al., 2010). Entre las actividades que realizan se encuentran: diagnóstico, entrenamiento de los padres, desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento del lenguaje y búsqueda de empleo.

Como indica Gándara (2007), el objetivo de este tipo de tratamiento es la mejora en la adaptación de la persona. Es por medio del apoyo que se potencian sus habilidades. La modificación del entorno ayuda a sobrellevar las carencias que las personas con autismo presentan.

Características del programa. El programa hace énfasis en trabajar de manera cercana entre padres y practicantes. Adaptar la intervención en las características particulares del paciente y utilizar una enseñanza estructurada. A los individuos se les somete a pruebas estandarizadas, según sus resultados se les diseña un plan de estudio compatible con las particularidades del sujeto.

Se requiere de un ambiente y de actividades muy organizadas, con el propósito de facilitar el aprendizaje y evitar la frustración. Las actividades deben tener un aspecto predecible (calendarios visuales que señalen las actividades diarias). La organización de materiales y tareas buscan promover progresivamente la independencia de las instrucciones de los adultos (Virues-Ortega y Pastor-Barriuso, 2013).

Lo característico de este modelo y que lo diferencia de los demás, es el relieve en el aprendizaje estructurado, el cual consiste en:

- Organización del espacio, la secuencia de los eventos del día y organización individual de las tareas.
- Aprovechar los puntos fuertes de estas personas: habilidades visuales e intereses en detalles visuales. información visual es clave y tiene que utilizarse en la estructura física, horarios, instrucciones de las actividades, comunicación y el recuerdo de normas y límites esperados.
- Motivarlos y mantenerlos en el aprendizaje usando sus propios intereses.
- Apoyar el uso de la comunicación espontánea y funcional.

Efectividad del programa. TEACCH es el programa de educación especial mayormente usado. Existen estudios que avalarían su eficacia en optimizar habilidades sociales y de comunicación. Igualmente reducirían las conductas desadaptativas, mejorarían la calidad de vida y disminuirían el estrés familiar (Mulas et al., 2010). Sin embargo, el mismo estudio afirma que “actualmente no existen estudios controlados, aleatorizados y bien diseñados que hayan podido demostrar su eficacia con claridad, por lo que este método, aunque prometedor, precisa aún de una validación científica” (Mulas et al., 2010, p.82) .

2.1.3 Son-Rise Program.

El programa enseña un sistema específico de tratamiento y educación diseñado para ayudar a las familias y cuidadores de personas con TEA. El programa permite que los niños mejoren dramáticamente en todas las áreas (aprendizaje, desarrollo, comunicación y adquisición de habilidades). Ofrece técnicas, estrategias y principios educativos altamente efectivos para diseñar, implementar y mantener un programa estimulante, de alta energía, uno a uno, basado en el hogar y centrado en el niño.

Características del programa. Al comienzo del programa se recomienda un trabajo planificando de 10 horas por semana. Lo ideal es implementar 20 horas por semana.

- El programa se une a los comportamientos repetitivos y ritualistas del niño. Acción clave para descubrir el misterio de estos comportamientos. Facilita el contacto visual, el desarrollo social y la inclusión de otros en el juego.
- El uso de la motivación hace que niño avance en el aprendizaje.
- La enseñanza a través del juego interactivo da como resultado una socialización y comunicación efectiva y significativa.
- El uso de la energía, la emoción y el entusiasmo compromete al niño.
- El empleo de una actitud no crítica y optimista maximiza el disfrute, la atención y el deseo del niño a lo largo del tratamiento.
- Situar a los padres como el recurso más importante y duradero del niño.
- La creación de un área de trabajo-juego libre de distracciones.

Basados en los mismo principios y técnicas del programa, el tratamiento Son-Rise contempla una programa especial para sujetos con alta funcionalidad. El programa apunta a lo siguiente: comunicación fuera de su área principal de interés, expansión de áreas de interés y mejorar las habilidades de amistad.

Efectividad del programa. Existe evidencia (Houghton, Schuchard, Lewis, y Thompson, 2013) que el programa Son-Rise aumenta el comportamiento socio-comunicativo en niños de 5 años. Otro estudio (Thompson y Jenkins, 2016) afirmaría lo anterior, pero basado en la experiencia de padres que son participantes activos del programa.

2.2 Tratamientos psicoanalítico

2.2.1 Tratamientos clásicos.

Gracias al aporte de Melanie Klein se introduce en psicoanálisis con niños el elemento del juego, clasificándolo equivalente a la asociación libre. Según Egge (2008), es a partir de esta aportación fundamental que se ha desarrollado un encuadre clásico del psicoanálisis infantil válido tanto para niños neuróticos como psicóticos. La terapia es estructurada en más de una sesión por semana, con tiempo definido en un cuarto de juegos acondicionado especialmente para ello. Al igual que en el análisis con adultos, la interpretación del analista al libre juego del niño es considerada el instrumento principal de cura. Se considera igualmente importante el compromiso de los padres, y muchas veces se les aconseja a ellos también hacer una cura psicoanalítica.

La excepción al setting clásico de trabajo con niños es Bruno Bettelheim. Para él, es indispensable que el niño autista está físicamente separado de sus padres. Para Bettelheim la causa del autismo reside en las dificultades en la relación del niño con el ambiente y con la madre. De este modo, la cura se basa en la creación de un ambiente favorable. No se practican terapias individuales, a los padres se les mantienen alejados al menos durante los primeros años, y no deben interferir en el tratamiento. La creación de un ambiente benévolo tienen como fin la creación de un mundo diferente al que tenía, un mundo en que el niño pueda percibir a los educadores de su parte (Egge, 2008). Para Bettelheim las causas del autismo deben ser imputadas tanto al ambiente como a las vivencias del niño. Es por esto que quiere sustraer al niño del ambiente, que por una vertiente u otra ha sido perjudicial.

2.2.2 Sobre la posibilidad de un tratamiento

Nuestras formas de entrar en relación son diferentes.
Insistan en cosas que sus expectativas consideran normales,
y toparán con la frustración, la decepción, el resentimiento,
quizás incluso la rabia y el odio.
Acérquense respetuosamente, sin prejuicios
y abiertos a aprender cosas nuevas,
y encontrarán un mundo que no hubieron podido imaginar.
(Sinclair, 1993, citado por Maleval, 2012, p.11)

La frase citada expone una de las condiciones éticas y técnicas dentro de la clínica que soporta el psicoanálisis. Para el tratamiento psicoanalítico, debe existir una borradura de los *a priori*s de los expertos con el fin de hacer emerger el conocimiento que los sujetos autistas tienen de sí, lo cual también, abre un espacio para dar cabida a las propias invenciones, defensas y maneras de estar en el mundo

El tratamiento psicoanalítico, consiste en asumir que el aprender a vivir en el mundo no se obtiene a través del condicionamiento. Por lo tanto, no es posible aprenderlo gracias a técnicas predeterminadas. Por ende, la orientación principal estará en acompañar al sujeto autista en su forma de ligarse con el mundo, sin dejar jamás de tener en cuenta las dificultades que él posee para contactarse con este. Los programas e instituciones basados en el psicoanálisis, como el programa Antenne 110 (centro de atención para niños autistas y psicóticos. Está asociado a una red de instituciones europeas de orientación psicoanalítica: RI3) asumen la importancia de una comprensión psíquica de los sujetos, como también de todo lo que les permita estar mejor: la inscripción en escuelas o instituciones, y el uso de medicamentos. También, el psicoanálisis es consciente de la necesidad de decirles algo, de guiarlos, de enseñarles algo; pero esto, no ha de ser un asunto de intensidad, ni de estímulos aplicable a todos. Se tratará de una perspectiva que toma en cuenta la relación de la propia subjetividad con los recursos materiales y de la disposición de los otros en la posibilidad de una abertura. De esto mismo se desprende que los tiempos, espacios y formas en que aprenden son disimiles unos de otros. No hay protocolo fijo ni una escala evolutiva que sortear. Al psicoanálisis no le parece menester la total “participación” como lo señala el método ABA, por el contrario, se observa que los sujetos autistas “aprenden a menudo e incluso mejor por la tangente que cuando es confrontado directamente y sin escapatoria posible a la tarea en cuestión. Aunque tenga la apariencia de estar ausente, él observa y aprende a través de los otros niños, y luego podrá reproducir lo que ha visto hacer a otros” (Maleval, 2011, p.281). Un ejemplo del tratamiento psicoanalítico sigue, más o menos, del siguiente modo:

Partimos del niño tal como es con sus potencialidades y sus incapacidades, pero también con su objeto privilegiado que puede ser un palo, un pedazo de cuerda, un circuito, Walt Disney, etc. e inventamos útiles, estrategias para extender, desplazar y generalizar ese centro de interés privilegiado y llevar

progresivamente al niño hacia un proceso de aprendizaje. Por este hecho, la atención y el interés del niño son suscitados por el trabajo requerido, que entonces resulta motivador y se convierte en fuente de satisfacciones. (Maleval, 2011, p.282)

Una posición clínica asumida por el psicoanálisis es partidaria de ocupar las formas de ser autísticas, no como obstáculos sino que como sutiles pistas que pueden posibilitar un anclaje al lazo social. Así, el conocimiento de los autistas sobre sí mismos arroja luces sobre lo que puede ser el mejor tratamiento⁷. No se tratará entonces de adquirir un abanico de conductas esperadas, sino que más bien, se espera una apertura hacia el mundo donde el sujeto sea capaz de asumir sus derechos y responsabilidades como tal. Como lo destaca Maleval (2011), en los escritos de autistas adultos, siempre se encuentra la prueba de que la salida del autismo se produce gracias a una decisión subjetiva. Esta decisión tiene que ver con abandonar su control del mundo y la sobreprotección de los otros. Existiría una mutación subjetiva reflejada en el esfuerzo de atravesar las defensas que los separa de los otros.

Ya sea en instituciones como la de Antenne 110 o en la práctica privada, no encontramos referencias (además, de la singularización del sujeto) que orienten en los aspectos técnicos del tratamiento.

⁷ "El mejor abordaje, es el que no sacrificara la individualidad y la libertad del niño a la idea que se hacen de la respetabilidad y de sus propios valores los padres, los profesores y sus consejeros" (Williams, 2012)

III. Autismo y síndrome de Asperger en adultos

3.1 Antecedentes históricos

La preocupación por el futuro de los sujetos autistas ha estado presente desde el inicio. Lo demuestra Kanner cuando en 1971 se preguntaba por el destino de quienes había estudiado. Por su parte, Asperger, en un afán centrado por la comprensión del autismo, vaticinaba que una investigación que analizara los cambios suscitados en la adultez traería un fructífero conocimiento acerca de la patología autística (Asperger, 1991). De igual forma, en relación al autismo en la adultez, Wing (1998) concibió necesario su estudio, pues el desarrollo etario traería anclado una evolución conductual. Para Wing (1998), el paso de la edad es proporcional a una evolución desde el cuadro de Kanner hasta los rasgos característicos de las descripciones de Asperger. Solo una pequeña minoría conservaría más características del síndrome de Kanner.

Según Wing (1998), los problemas típicos a los cuales se enfrenta el adulto con autismo son el lugar de residencia, el empleo, si pueden casarse o no, vivir en pareja y crear una familia. Existe, en la época adulta, la emergencia de problemas psiquiátricos. Se diagnostican principalmente en los que son más capaces y pueden, por lo tanto, dar alguna noción de los síntomas (Wing, 1998). El trastorno que se da con más frecuencia es la depresión. Wing asocia la presencia de depresión con el desarrollo en el reconocimiento de su diferencia respecto a los compañeros de su misma edad. La falta de amigos, especialmente del otro sexo, o los fracasos en los intentos de establecer esas relaciones son causas frecuentes de depresión. Además, si se les somete a tensión, un joven o adulto previamente capaz y relativamente bien ajustado, podría empezar a mostrar una conducta alterada.

En una línea similar a la de Wing, Uta Frith (1991) considera ciertas problemáticas y condiciones propias de los autistas adultos. Frith los caracteriza como egocéntricos y con tendencia a permanecer solos. Debido a sus características, es muy probable que tengan problemas para conseguir trabajo. A pesar de que los individuos posean un buen intelecto o vocabulario, permanecerán como extraños para el resto. Es común que se les considere como fríos y pedantes.

En el libro editado por Frith (*Autism and Asperger syndrome*, 1991), aparecen tres artículos referentes al autismo y la adultez. *Asperger syndrome in adulthood* (Digby Tantam). *Living with Asperger's síndrome* (Margaret Dewey). *The autobiographical writings of three Asperger syndrome adults: problems of interpretation and implications for theory* (Francesca G. E. Happe).

El primer artículo concluye que la pasividad en la interacción social se reduce. Igualmente, se reduce el deterioro en reconocer expresiones faciales y gestos no verbales. El autor, propone una falla en el reflejo de mirada como posible causa de deterioro en la anticipación y atención de señales sociales. La segunda investigación conjetura que los adultos con autismo presentan gran ansiedad en situaciones sociales. Asimismo, responden de manera poco convencional ante situaciones complicadas en el ámbito social. En el tercer estudio se exhiben tres textos escritos por adultos diagnosticados con autismo. De lo anterior, la autora concluye que a pesar de buenas destrezas en el lenguaje, los autores pueden poseer desventajas en atribuir intenciones de otra persona (teoría de la mente). Un buen pronóstico se basaría en indicadores que señalen intenciones por comunicarse y saber lo que el otro quiere comunicar.

Respecto a las primeras investigaciones psicoanalíticas, la preocupación por el autismo es exclusiva a la infancia. En la actualidad, la atención sigue anclada en la niñez, empero existen guiños a mirar las problemáticas de la adultez. Una de estas señas, son las constantes referencias a los testimonios de autistas de alto nivel (Lefort 2003); (Laurent, 2013); (Maleval, 2011); (Ruiz, 2013).

3.2 Testimonios autistas

Algunos sujetos con autismo han desarrollado un género literario en que describen sus vivencias y dificultades en primera persona. *The Siege: A Family's Journey Into the World of an Autistic Child* (1967) y *For the love of Ann* (1973), son los primeros libros que narran las vicisitudes de los sujetos autistas y las de sus familias en torno al autismo. Estos libros demuestran mejorías en la patología autística hechas a partir de improvisaciones de métodos educativos a cargo de los familiares. En 1986, se publica *Emergence: Labeled Autistic* de Temple Grandin. El relato se centra en la autoterapia realizada por Grandin y la invención de su "máquina de abrazar". En la época en que apareció el libro, era común suponer que los autistas eran incapaces de comprenderse a sí mismos y menos a los

otros, por lo cual generó controversias acerca de su veracidad. A pesar de esto, el éxito del libro de Grandin marca un antecedente e inspiración para la publicación de nuevos textos escritos por sujetos autistas. En 1992, Judith Barron y Sean Barron –madre e hijo– escriben *There's a Boy in Here*. En el mismo año, la australiana Donna Williams publica *Nobody Nowhere*. Asistido por una técnica de comunicación facilitada por computadora, el alemán Birger Sellin saca a la luz en 1993: *I Don't Want To Be Inside Me Anymore: Messages From An Autistic Mind*.

Un lugar común de esta literatura es la de servir de portavoces para otros autistas, en especial para aquellos que no pueden expresarse, “nuestro mundo interior debe ser revelado” (Sellin, citado por Maleval, 2011, p.12). La consigna parece reivindicar un mundo propiamente autista de un mundo “normal”, lugar donde les cuesta vivir. Los testimonios buscan desmentir la imagen de sujetos sin emociones. Grandin (citada por Maleval, 2011, p.53) afirma “decir que un niño autista no reacciona en absoluto a las demás personas es una idea falsa”, a lo que Sellin agrega “mentiría si describiera la soledad como si se tratara de mi deseo intenso, la soledad es mi enemiga y quiero combatirla” (citado por Maleval, p. 55).

3.3 Criterios psiquiátricos para el diagnóstico de autismo y síndrome de Asperger en adultos

Con la revisión de la cuarta edición del DSM (APA, 1995) se adjuntan ciertas recomendaciones para poder diagnosticar a sujetos adultos dentro del cuadro autista. Los consejos apuntaban a la sección A del cuadro (alteración cualitativa de la interacción social). El atención añadida se centraba en las dificultades de la comprensión en situaciones sociales, pensamientos y sentimientos de los demás. En la sección B (patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados) el criterio añadido es la tendencia en los adultos a pensar que los hechos, situaciones y problemas son totales o rígidos.

En el DSM V (APA, 2013) se describen conductas que podrían ser útiles de observar para el diagnóstico de TEA en adultos. Estas conductas se detallan en la dificultad para procesar y responder a las señales sociales complejas (por ej., cuándo y cómo unirse a una conversación). Que entre los adultos con un lenguaje fluido, las dificultades para coordinar la comunicación no verbal con el habla pueden dar la impresión de un lenguaje

corporal extraño, rígido o exagerado. Muchos adultos describen que utilizan estrategias de compensación y afrontamiento para esconder sus dificultades en público, pero sufren el estrés y el esfuerzo de mantener una fachada social aceptable. Durante la edad adulta pueden tener dificultades para establecerse con independencia, por la continua rigidez y sus problemas para aceptar novedades. Finalmente, se recomienda pesquisar la tendencia a la ansiedad y depresión.

3.4 Tratamientos diseñados para adultos con TEA

Según el artículo de Salvado (2012) sobre las intervenciones terapéuticas de personas con TEA. Existen 7 de 30 programas que están destinados al tratamiento tanto de niños como adultos con autismo. No existe ninguno que sea exclusivo a la adultez. Cinco de los siete programas están basados en el modelo conductual creados por Lovaas (ABA). Además, están los programas de carácter idiosincrático, aquí se encuentra el método TEACHH. Por último, respecto a tratamientos que abordan a los adultos, existe el programa Son-Rise, el cual se fundamenta en modelos de desarrollo e interacción.

En tanto a la efectividad de tratamientos, tanto para el cuadro autista o el síndrome de Asperger en la adultez, no hemos sido capaces de encontrar referencias. Las investigaciones en los cuadros señalados se han dedicado a la efectividad de los diagnósticos, características de los TEA e intervenciones de tipo social (Sweileh, Al-Jabi, Sawalha y Zyoud, 2016).

3.5 Sobre el destino de las investigaciones

En un trabajo realizado el 2010 (Belinchón, Boada, García de Andrés, Fuentes y Posada de la Paz) se revisaron todas las publicaciones sobre autismo entre 1974 y 2007 hechas por autores españoles. Dicha investigación arrojó los siguientes resultados: de un total de 567 trabajos publicados, un 54% del total son trabajos psicológicos y un 31% son de tipo biomédicos. La caracterización general del autismo fue del 25% de las publicaciones, y los trabajos sobre tratamientos representaron otro 25%. De los trabajos sobre intervención, el 60% describe programas educativos o psicosociales. La mayoría de los trabajos se centra en subgrupos específicos de autismo, en los que el síndrome de Asperger obtuvo un 15%. Este estudio no incluye ninguna clasificación que refiera a adultos.

Con el propósito de ofrecer una revisión de la investigación sobre el síndrome de Asperger e identificar las principales aportaciones científicas, una publicación que data del 2015 (Inglés, Rico-Moreno, Vicent, González, Díaz-Herrero, y García-Fernández) con un total de 1741 documentos indexados en *Social Science Citation Index (SSCI)* entre 1978 a 2012, y de una clasificación de 13 categorías temáticas (Tabla 1), arrojó que la caracterización del SA y la comorbilidad del SA con otras enfermedades, poseen casi el 70% de lo publicado (Inglés et al., 2015, p.10).

Tabla 1:
Clasificación según la categoría temática

Categorías temáticas	N	(%)	Categorías temáticas	N	(%)
Caracterización del SA	893	51.29	Teorías del SA	118	5.74
Comorbilidad y Relación con otros trastornos o enfermedades	280	16.08	Educación y Empleo	85	4.88
Tratamiento e Intervención	254	14.59	Calidad de Vida y Perspectiva de los Padres	63	3.62
Biología del SA	209	12.00	Epidemiología	35	2.01
Historia y Definición	127	7.37	Experiencias y Visión de la Persona con SA	35	2.01
Diagnóstico y Evaluación	124	7.12	Actitudes hacia la discapacidad	32	1.86

En lo que respecta a nuestro interés, tratamiento e intervención, los trabajos estudiados fueron mayoritariamente destinados a intervenciones en niños y adolescentes. De este mismo destaca el empleo de la terapia cognitivo-conductual como la más prevalente. “En cuanto al área de intervención, la mayoría de los estudios empíricos se centraron en la mejora de las habilidades sociales, y en menor medida, en el tratamiento de algunos trastornos asociados al SA, como la ansiedad” (Inglés et al., 2015, p.11).

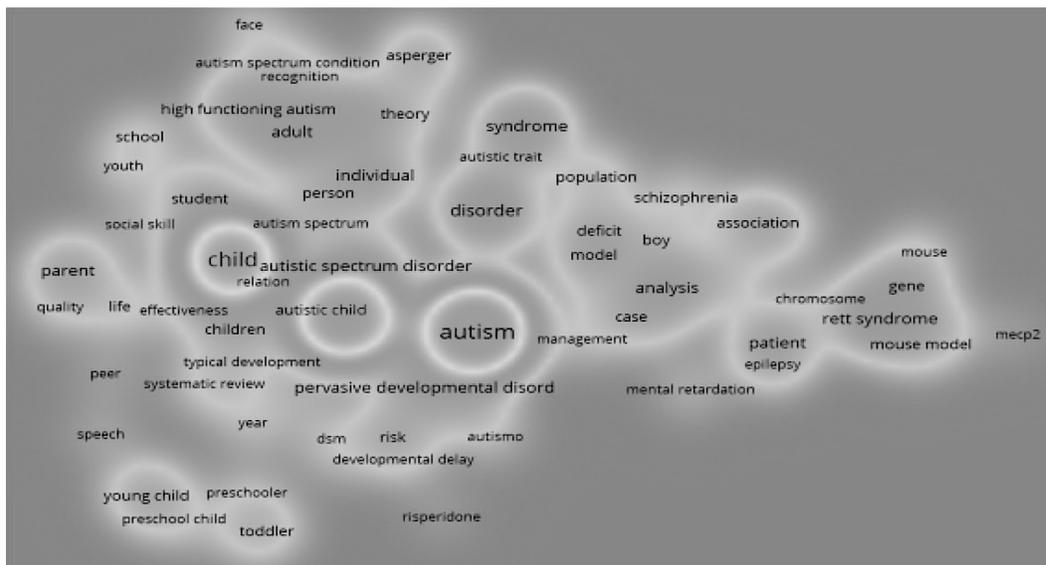
Con el mismo afán, otro estudio bibliométrico, realizado en 2016 (Lorenzo, Lledo, Pomares, Roig y Arnaiz), intenta dar cuenta sobre la producción científica alrededor del SA. El estudio seleccionó 3452 artículos publicados entre 1990 y 2014. Uno de los

resultados concluye que el interés en este campo de trabajo creció progresivamente durante el período comprendido entre 1990 y 2001, alcanzando su punto más alto en 2001. Las áreas de estudio con mayor influencia fueron: ciencias del comportamiento, psicología y neurociencia-neurología, que obtuvieron el 92,35% de los trabajos analizados. El estudio no detalla criterios para infancia ni adultez.

Una investigación bibliométrica (Sweileh, Al-Jabi, Sawalha y Zyoud, 2016) abarcó, desde 2005 a 2014, 18.490 trabajos publicados sobre TEA (en la búsqueda estuvieron incluidos los términos autismo y síndrome de Asperger). Algunas de las conclusiones de este estudio acaban lo siguiente: “existe un aumento en investigaciones médicas y biomédicas en las últimas décadas” (Sweileh et al., 2016, p.8). Asimismo, varias publicaciones han indicado un aumento prominente en la relación entre autismo-SA con la neurología y psiquiatría. Estos estudios se centran en enfermedades como esclerosis múltiple, epilepsia, esquizofrenia, ansiedad y demencia. Los 10 principales artículos citados revelaron que más de la mitad se centraron en la genética molecular y citogenética de los TEA. Los artículos que los proseguían estaban relacionados con epidemiología y características fisiopatológicas de los TEA. De los términos más frecuentados en la búsqueda se encontraron: autismo (6909), TEA (5182) y niño (4395); con respecto a los adultos, el estudio ofrece el siguiente mapa (Fig.1). De este estudio, es posible concluir que el término adulto se ubica en la periferia de las frecuencias.

Figura 1

Mapa de densidad de términos de título encontrados en TEA (2005-2014)



En nuestra búsqueda por encontrar el estado actual de las investigaciones sobre autismo y SA, hemos podido descubrir una similitud con las investigaciones citadas. Para nuestro propósito, hemos consultado ocho bases de datos. Ingresamos las siguientes palabras: autismo (Tabla 2) y síndrome de Asperger (Tabla 3), y agregamos la variable adulto para ambas. Desde este resultado informamos a qué temáticas hacían referencia. La revisión contempló el periodo 2000-2017 para todas las bases de datos, exceptuando CAIRN, la cual comprendió desde 2007 a 2017⁸.

Las conclusiones que obtuvimos fueron una reducción del 31% al agregar la variable adulto a la búsqueda sobre autismo y una disminución del 59% al mismo ejercicio en síndrome de Asperger. Desde los resultados obtenidos, al ingresar la variable adultos a los dos variables iniciales (autismo-asperger), encontramos que las temáticas se reparten de este modo descendente: educación (1161), biología-genética (707), comorbilidad y relación con otros trastornos o enfermedades (136), trastorno déficit atencional (69), farmacología (80) y terapias (30). Sobre las terapias, las palabras claves más encontradas fueron: educación, cognitivo-conductual, comportamiento y tecnología.

Siguiendo la misma línea, un detalle de estas últimas publicaciones nos describen el siguiente panorama (se eliminaron los estudios que incluían el retraso mental u otros cuadros clínicos no compatibles con el diagnóstico de síndrome de Asperger; tampoco se incluyeron tratamientos farmacológicos).

Encontramos un programa (*Stalking Behaviors by Individuals with Autism Spectrum Disorders in Employment Settings: Understanding Stalking Behavior and Developing Appropriate Supports*) program. Post, Storey, Haymes, Campbell y Loughrey, 2014) que se dirigía a la adquisición de habilidades sociales destinadas al mejoramiento de la vida laboral. El método utilizado fue el entrenamiento cognitivo-conductual. Una terapia de iguales características, pero dirigida a la transición entre escuela y universidad, fue posible encontrar en la publicación *Addressing Communication Needs of Young Adults with Autism in a College-Based Inclusion Program* (Alpern y Zager, 2007) .

⁸ La revisión presentada tiene varias limitaciones. Así, no se analizaron en detalle el contenido de los artículos encontrados, clasificándolos solo con los órdenes sugeridos por las mismas bases de datos, por lo cual, un número importante de artículos quedaron sin clasificar. Esta, y otras posibles disconformidades, las hemos pasado por alto, debido a que no son la intención de esta memoria y solo tienen un fin ilustrativo de un estado actual sobre los temas que nos competen.

Systemizing empathy: Teaching adults with Asperger syndrome or high-functioning autism to recognize complex emotions using interactive multimedia (Golan y Baron-Cohen, 2006). Este estudio apunta a entrenar sujetos con SA en el reconocimiento de emociones complejas. Se utilizó un programa computacional por 15 semanas para tal propósito. El programa demostró un incremento en la habilidad de reconocer estados emocionales y mentales complejos.

En el estudio comparativo *Group cognitive behavioural therapy and group recreational activity for adults with autism spectrum disorders: A preliminary randomized controlled trial* (Hesselmark, Plenty y Bejerot, 2013), demuestra que tanto una intervención grupal, realizada por 36 semanas con 3 horas de actividades, de entrenamiento en habilidades sociales; y otra intervención con la misma intensidad, pero de actividades recreacionales (salidas grupales y juegos en equipos) reportan una mejor calidad de vida para sujetos adultos con SA.

Por último, encontramos publicado el artículo *Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized controlled trial* (Spek, van Ham, Nyklicek, 2012). Esta investigación muestra que a través de una terapia mindfulness es posible la disminución de los indicadores de depresión y ansiedad en sujetos adultos diagnosticados con SA.

Todos los artículos que contenían terapias dirigidas a adultos con síndrome de Asperger hacían referencias a su efectividad. No encontramos una publicación que detallara un tratamiento.

Un resumen de las investigaciones revisadas aquí, nos hace concluir que los estudios respecto al autismo y SA se encuentran centrados en los aspectos biológicos y en la comorbilidad con otros trastornos y enfermedades. Además, en lo referente a la adultez, esta aparece como omitida o se encuentra con una frecuencia bastante menor en comparación a los resultados generales. De igual modo, no existen publicaciones que detallen un tratamiento psicoterapéutico para los aspectos centrales del autismo en adultos.

Tabla 2

Número de publicaciones encontradas con la palabra autismo y autismo-adulto.
Porcentajes respecto al número total de la primera búsqueda.

	Autismo		Autismo-Adulto	
	N	%	N	%
APA	827	2%	159	0%
AJP	3.175	6%	828	2%
CAIRN	4.059	8%	2.598	5%
JAMA	1.457	3%	429	1%
JSTOR	9.444	18%	3.506	7%
Medline	34.212	64%	7.733	14%
SciELO	497	1%	18	0%
Totales	53.671	100%	15.271	28%

Tabla 3

Número de publicaciones encontradas con la palabra asperger y asperger-adulto.
Porcentajes respecto al número total de la primera búsqueda.

	SA		SA-Adulto	
	N	%	N	%
APA	57	2%	32	1%
AJP	151	5%	90	3%
CAIRN	102	3%	80	2%
JAMA	119	4%	6	0%
JSTOR	816	25%	362	11%
Medline	1.972	60%	783	24%
SciELO	76	2%	3	0%
Totales	3.293	100%	1.356	41%

IV. A propósito de un caso: un adulto con síndrome de Asperger.

El caso se enmarca dentro de la práctica clínica de nuestra formación profesional. La cuestión se circunscribe a los primeros meses de un tratamiento, el cual tuvo una duración mayor, pero que aquí se presenta su comienzo, en tanto es aquí, donde las problemáticas emergieron. Con el fin de resguardar la identidad del paciente, se cambiarán datos y omitirán otros.

El paciente es mayor de 18 años y cursa una carrera universitaria. Consulta para poder trabajar en “sociabilizar y su autoestima”, también para mejorar el manejo del estrés. A los tres años fue diagnosticado con síndrome de Asperger. Fue diagnosticado cuando sus padres lo llevaron al médico pensando que era superdotado. Aprendió a leer y escribir a los 2 años. Vive con sus papás y su hermano. En el colegio no tuvo problemas en ninguna asignatura, era el mejor promedio de su curso. Dice haber tenido amigos. Lo pasaba mejor que ahora. De primero a tercero básico, jugaba a dar vueltas un neumático durante todo el recreo. No le atraían otras cosas.

Comenzó a atenderse con psicólogos y psiquiatras, desde los 8 hasta los 12 años, en un centro de salud especializado en individuos que padecen de algún tipo de trastorno generalizado del desarrollo. Con lo realizado, relata que comenzó a sociabilizar un poco más y pudo salir a la calle solo. Luego, alrededor de los 15 años, retoma la atención psicológica. La profesional a cargo informa: “trabajaba principalmente en herramientas sociales y autoestima y también para ser abordado con terapia floral Bach”.

Para el paciente, presentarse frente a otras personas es su mayor problema. Es incapaz de decir su nombre. Cuando este le es solicitado, solo muestra su carnet de identidad. No sabe por qué es así. Ha sido así desde siempre. Frente a quienes se relaciona, no les dirige la mirada.

Sin indicaciones claras a seguir, la propuesta de nuestra parte hacia el paciente fue que asistiera una vez por semana, que hablara de sus días, sus pensamientos, sus preocupaciones e incomprendiones, y que intentaremos pensarlo entre los dos.

Durante el comienzo del tratamiento, el paciente siempre refiere al estrés que le producen los estudios. Se siente muy preocupado y con temor de no tener suficiente tiempo para

estudiar y hacer todo lo que le demandan. En su tiempo libre, ve “programas interesantes” (documentales) y humorísticos “que tienen lo suyo, que hacen sus tonteras”, como el *Chavo del 8* y *Los Simpsons*. Cuando navega por internet, su interés se centra en buscar cosas acerca de su carrera, acontecimientos sobre autos antiguos y animales. Tiene una mascota hace 8 años. Pasa la mayor parte del tiempo con ella y le muestra un gran afecto. En una ocasión mencionó que no sabría qué hacer si su mascota se fuera. Sobre su vida en casa, habla sobre su hermano chico con un tono muy irritado. Dice que él es su opuesto: “le va mal en el área intelectual, pero bien en lo social”. Le molesta que, continuamente, su hermano se queje por hacer sus labores, que le pida ayuda, que interrumpa y que sea “mal educado” y “contestador” con sus papás.

Su mamá es quien le deja la ropa lista para que se vista cada día. Si no lo hace, utiliza la que ocupó anteriormente, pues no sabe qué ponerse. También es ella quien le compra su ropa. El paciente dice nunca haberlo hecho. Es de esas cosas que no le causan ningún interés. Cuando tiene que ir a alguna diligencia, es su madre quien habla por él. Siente gran admiración por su mamá, se enorgullece porque ella se esfuerza por él y su hermano.

El paciente señala lo mucho que le preocupa la posibilidad de tener que interactuar con otro. Tiene miedo de no tener palabras. Explica que lo pone incómodo que lo miren y mirar a los otros, esto le ocurre incluso con su familia. “Hace que mira”: una técnica que le enseñó una terapeuta ocupacional. Mira atravesando un punto detrás de las personas y de vez en cuando, recuerda que tiene que hacerlo. Cuenta que ha estado involucrado en algunos mal entendidos en la vía pública. De esas situaciones refiere tener rabia e impotencia, porque lo juzgan sin saber su condición. Frente a situaciones de estrés, dice que es incapaz de decir o hacer algo.

Durante el tratamiento, dice que su vida personal lo afecta, “me gustaría que hubiera una muralla que separe el mundo de las emociones y lo académico”. Cuando hemos tratado de puntualizar a qué se refería, cambia el tema. Posteriormente, menciona que varias veces que se siente triste cree que se debe a peleas entre sus padres.

No le gusta mirarse al espejo, no lo hace. Aunque, dice sentirse conforme consigo mismo. Dice que está más flaco que antes, varias veces a estado casi desnutrido. Comenta que

come porque hay que hacerlo. No le interesa mucho las comidas. Su desayuno es “pan pelado”. Cuenta que cuando niño, cuando no obedecía, lo amenazaban diciéndole “te voy a comprar un helado”. Lo dice con mucha gracia y riéndose de esto.

Tiempo después plantea el tema de tener pareja. El paciente dice que a veces lo piensa “ve a conocidos y que les parecen felices”. Pero que por ahora no. Por el momento, está enfocado en estudiar. En sesiones posteriores cuenta que invitó a una niña a tomar once a su casa. Comenta que la pasó bien “que es bueno ver otra gente” y que “para serle sincero, me gusta”. El paciente señala que él no es de hablar de sus cosas personales, pero que ha estado un poco “desganado” y “sintiéndose mal”. Posteriormente, dice que se debe a que hace un mes no ve a la niña que invitó a su casa.

Al estar finalizando el año, reaparece el tema de la imposibilidad para decir su nombre. Dice que la terapeuta ocupacional le ha dicho que la gente con su condición hacen o no hacen ciertas cosas, pues tienen miedo a que algo malo suceda. Cuando hemos preguntado acerca de esto, dice que no sabe, que le es muy difícil saber y describir las cosas que le pasan. Se ve inquieto, cuando le hemos preguntado si es así, nos dice que sí, que se puso nervioso y que no sabe más. Recuerda los incidentes que le ocurrieron en la vía pública y explica que salir corriendo es lo natural para él. Tiene miedo a decir su condición por miedo a que lo encuentren raro y lo juzguen. Dice que en este espacio eso no pasa, que lo sabe y que por eso viene.

4.1 Algunas consideraciones respecto al caso

Tener frente a nosotros a un adulto demandando atención clínica y que se presentara como alguien diagnosticado con síndrome de Asperger, es algo poco frecuente. Tampoco esta circunstancia aparecía en las referencias bibliográficas sobre autismo. Lo que se encontraba era siempre la misma escena: un niño es llevado por sus padres ante el psiquiatra, psicólogo, educador o alguna institución. Que un adulto, diagnosticado con síndrome de Asperger, abra la puerta de un centro psicológico y solicite atención, es un agujero en un pajal dentro de la bibliografía existente sobre el autismo. Sin embargo, podemos asumirlo como algo bastante plausible. A lo menos, en lo que concierne a los autistas de alto nivel, donde el preguntarse por su propia posición en el mundo es una

constante, según la considerable literatura escrita por autistas y por lo que comprobamos aquí.

Al pesquisar sobre la vida del paciente hemos podido notar que las indicaciones que hizo Asperger siguen estando presentes. Las dificultades para sociabilizar y los problemas que el cuadro le presenta desde la infancia, continúan estando presente hasta el día de hoy. No saber cómo sociabilizar ni qué hacer en situaciones sociales son los temas que derivan en problemáticas (incidentes en la vía pública), en especial, cuando existen las ganas de establecer relaciones con los otros (la niña que le gusta). Problemas en establecer lazos sociales, que se acentúan aún más, cuando algo de sí mismo le parece extraño y teme a que se le juzgue por esto. Entonces, cuando un adulto con asperger, en un contexto de educación superior se ve constantemente extraño de los códigos sociales en que se mueve. ¿De qué manera se le puede asistir en una consulta psicológica?

Los programas tipo ABA, TEAACH y Son-Rise, han sido diseñados con el propósito de adquirir nuevas conductas, su meta es promover una mejor adaptación de los sujetos en cuestión. Sus resultados parecen respaldar sus propósitos, pero según lo estudiado, solo lo son en la primera infancia y de modo acotado. Poder vestirse, bañarse, ir al baño y pedir cosas, son tareas necesarias para poder vivir. Además, ayudan enormemente a reducir el trabajo de las familias que conviven con sujetos autistas, pero ¿cuando alguien ya posee una buena cantidad de recursos para desenvolverse de modo más menos independiente, en qué pueden auxiliar estas técnicas? Cuando atestiguamos las dificultades de nuestro paciente por comprender a los otros, en especial, a la angustia producida por no poder expresarse cuando le es necesario, no encontramos ningún manual ni técnica, que prevea y auxilie a cómo desenvolverse en la natural interacción que recrean los seres humanos. Así mismo, en un aspecto tan manifiesto como lo es la mirada, las técnicas cognitivas-comportamentales parecen nadar en contra de la incomodidad experimentada por el paciente, sobreponiendo así, su posición de saber a pesar de lo que considere el sujeto. Además, las indicaciones dadas por las terapias cognitivo-conductuales, recomiendan el inicio de sus tratamientos a la edad más temprana posible. Para alcanzar resultados óptimos, la edad de inscripción en estos tratamientos se promedia entre los 3 y 5 años. Entonces, en un caso como el nuestro, parece mejor ni siquiera intentarlo.

Por su parte, los resultados obtenidos en la búsqueda de estudios actuales sobre autismo en adultos y tratamiento, no arrojan luces sobre las problemáticas que aquí se plantean. Lo encontrado solo se dirige en adquirir habilidades aisladas en determinados contextos o a la disminución de tal o cual indicador en cuadros clínicos relacionados con el autismo (depresión, ansiedad). Son inexistentes propuestas terapéuticas consistentes en abordar los aspectos subjetivos referentes a los problemas de los sujetos autistas en su relación con los otros.

Ahora bien, nuestro trabajo consistió principalmente en escuchar la vida cotidiana de nuestro paciente. Esto, gracias a la principal y primerísima indicación de la clínica psicoanalítica: la escucha. En esa misma línea, pensar el autismo como un funcionamiento subjetivo y no como un déficit cognitivo, nos guio en considerar sus problemáticas bajo este funcionamiento particular, en el cual, la variedad de sus pesares es persistente cómo entender y cómo relacionarse con los otros. El escuchar al paciente fue un primer paso, en tanto, que poder entre dos investigar y descifrar las interacción sociales devino después. Lo cual le llevó a preguntarse por sí mismo, teniendo en cuenta su propia extrañeza en relación con el mundo que lo circunda y que lo deja fuera (y a otros como él). Más que nada, se intentó crear un lugar para el paciente, para escucharlo y acompañarlo en sus sufrimientos, soledad e incomprendiones sobre las relaciones humanas y la cotidianidad. Pero este lugar, supone algún tipo de orientación para apoyarlo en su lectura del mundo, de los demás y sus emociones, justamente, esta alineación terapéutica no ha sido pronunciada. Las “salidas del autismo” que indican los autores lacanianos, solo mencionan creaciones personales, una decisión subjetiva para “salir al mundo”, pero no explican en qué puede asistir un tratamiento psicoanalítico a este fin. Tampoco hay consideraciones que describan transformaciones terapéuticas, o si las hay o no. Asimismo, además del imperativo de la escucha, no existen consideraciones sobre el manejo de las intervenciones e interpretaciones.

En tanto a la pertinencia de los abordajes lacanianos, nos llama la atención que algunas indicaciones dadas no tocan para nada nuestro caso. Maleval (2011) argumentaba en base a los testimonios de autistas, que las dificultades en el lenguaje de los sujetos autistas eran debido al rechazo de comprometerse ellos mismo en lo dicho, esto, ejemplificado en la falta de demanda y deseo. En nuestro caso, atestiguamos desde el comienzo una solicitud explícita por recibir atención. Asimismo, al pasar el tiempo fue

emergiendo un deseo por comprenderse a sí mismo y los otros. Entonces ¿cómo es posible que nuestro paciente se de cuenta de esto? La única posibilidad es atribuir una demanda y un deseo a lo que nos comunica.

En la orientación de Laurent (2013) para establecer un lazo social afectivo, parece dominante hacerlo a través de los objetos que el autista precisa para vivir. Nuestra viñeta clínica no posee dichos objetos, al menos, no bajo las descripciones de Laurent, las cuales solo apuntan a su uso en la infancia. Por lo cual, una entrada efectiva de tratamiento no cumpliría con tal condición.

Por otro lado, las temáticas que llevan a pensar a nuestro paciente, no se han resuelto en un clínica del autismo enfocada en la infancia. Si bien parece obvio considerar de modo distinto un tratamiento dirigidos a niños y otro para adultos, lo elemental de la distinción no ha sido considerada. Una de estas temáticas, nos parece, se articulada cuando el paciente se pregunta por la niña que le gusta. ¿Qué nos demanda el paciente? ¿un saber para cortejarla? ¿acaso un saber a cómo debe relacionarse con ella o con los otros en general? Si esto es así, entonces las respuestas remitirían a una cuestión de aprendizajes. Pero ¿es posible enseñar a seducir?, lo es al menos sin caer en la artificialidad, en una mecánica que también es propia de los autistas, de sus conductas y habla. ¿Es posible dar un saber hacer sin toparnos con la pregunta por la extrañeza del paciente? Recordemos, que a pesar de todo lo “adecuado socialmente” que pueda ser nuestro paciente, se instala la pregunta por su posición de extranjero en un mundo. Nos posicionamos en que entregar un saber, solo repetiría insensatamente aprendizajes que en las problemáticas de un adulto, no son del todo adecuados : ¿Tener pareja, ser padre, amigo, son escenarios en donde existe una técnica a saber?

Ahora bien, puede ser que tampoco se nos demande nada acerca de la chica y que confundamos una pregunta sexual por una pregunta por la alteridad o por su lugar en el mundo. Como sea, existe la pregunta por su relación con los otros (la primera demanda fue la de trabajar en sociabilizar). Una de las interrogantes que se abren al paciente es acerca de sus dificultades para identificar y expresar lo que siente. Pero, esta dificultad parece no existir dentro de las sesiones. Es él quien dirige su decir, quien expresa sus problemas, quien hace bromas y ríe. Esta dificultad de qué hacer y qué decir parecen no existir durante 45 minutos. Este saber hacer es de él. Entonces ¿qué sucede cuando sale

del box que inhibe este saber? Estas dificultades que asume para sí ¿son las que el cree de sí o derivaran de lo que otros le han dicho, tal vez, a causa de su condición? ¿Cómo es posible que los hándicaps que se atribuye se borren dentro de una sesión? Hay algo de la transferencia que en ese espacio permite un desenvolvimiento distinto al que experimenta en otros lados. Hay algo exclusivo que se juega en ese espacio. ¿Cómo podríamos poner algo de ese espacio en el mundo exterior? No sabemos cómo hacerlo. Tampoco parecen saberlo los abordajes citados. No sabemos, pero señalamos que las generalizaciones abusivas y las buenas intenciones por comprender a un sujeto tampoco nos asisten. Si el psicoanálisis u otro abordaje podrá acudir a nuestras dificultades, permanecerá como una pregunta a ser contestada.

V. Conclusiones

La cuestión del autismo se considera, en su mayor parte, como un cuadro de carácter cognitivo-biológico. Las recomendaciones acostumbradas para su tratamiento reposan en programas de tipo educativo-conductual, los cuales están del lado de la rehabilitación y la reeducación de los problemas cognitivos-adaptativos. Sobre esto, podríamos preguntarnos en una futura reflexión: ¿qué pasa con los sujetos que no responden a los métodos educativos? ¿por qué lo hacen o por qué empeoran? Desde esta misma vereda hemos intentado mostrar, que si bien nos parece de suma importancia un trabajo en el ámbito educacional, la cuestión del autismo se empobrece si queda zanjado solo aquí.

A través de un caso clínico, nos propusimos investigar en qué nos podían asistir los diferentes tratamientos disponibles para los sujetos autistas adultos. En su auxilio, hemos propuesto una orientación psicoanalítica de la clínica del autismo, preocupada de la escucha de los sujetos que sufren del cuadro. Gracias a esta escucha, nos fue posible la creación de un espacio de valor para el paciente, en tanto que, acogía sus dificultades y sufrimientos. Pero, dicho espacio se encontró vacío en asistimos más allá de la escucha, tanto en un sentido teórico como práctico. Dicho lugar vacío, hemos podido concluir, es causa de la impar preocupación de la cuestión del autismo entre la infancia y la adultez. La larga historia del cuadro autista, nos ha presentado una y otra vez, una preocupación casi exclusiva por la niñez. De modo transversal, las áreas interesadas por el autismo han puesto su ahínco por comprender y tratar el cuadro, aludiendo mayoritariamente, a las primeras etapas de la vida. Esto conlleva una incertidumbre generalizada en lo respectivo al autismo en la adultez.

Como consecuencia de lo trabajado, nos parece imperioso poder ampliar la discusión del autismo a la adultez. Esto, debido a que las problemáticas van cambiando al pasar los años, pero no por esto, cambian las dificultades arraigadas constitutivamente por los sujetos autistas. El debate del autismo en la infancia no basta para la comprensión del tema. Esperamos haberlo evidenciado con los inconvenientes presentados en nuestro caso clínico.

Por parte del abordaje psicoanalítico en la cuestión de los autismos, hemos constatado una práctica que se basa en la escucha de la subjetividades de los sujetos a quienes se

atiende, y por respeto a su singular modo de orientarse en el mundo. Sin embargo, esta práctica e invención teórica permanece anclada en la infancia. Si bien existe una gran cabida a estudiar los testimonios de vida de autistas adultos, estos solo sirven para nutrir un tema y tratamiento que permanece adherido a la niñez. Reflexiones acerca de la particularidad del autismo en adultos y una posible forma de tratar, aún sigue en deuda. Insistimos en la importancia de un posible futuro donde dicha problemática, sus derivas sociales y políticas ocupen un papel que sea central.

Hoy en día, el autismo está en el centro de la discusión de variadas áreas, tanto del conocimiento y como de una cuestión social. Existe una proliferación de centros de cuidados, inversiones para investigaciones de todo tipo, congresos de eruditos y especializaciones profesionales en torno a la cuestión de los autismo. De tal empresa, parece que el adulto con autismo no ha sido llamado a ser parte. Parece ser que todo esfuerzo está dirigido a la primera infancia. Parece que ahí están puestas las esperanza de encontrar una causa, de prevenir ciertas conductas y la preparación para la integración en instituciones educacionales. En cambio, de lado de nuestro paciente, parece que el autismo en la adultez ha perdido todo interés, como si al pasar los 18 años las dificultades del autista se desvanecieran por arte de magia. La falta transversal en estudios, recursos e instituciones que traten el autismo en la adultez, constata el olvido del paso de la infancia a la vida adulta.

Finalmente, no pensar el autismo más allá de la infancia puede conllevar dificultades no solo clínicas. Las problemáticas en la continuidad de sus estudios, vida laboral y derechos pueden llegar a no ser consideradas, en tanto sigamos redirigiendo las dificultades del autismo hacia la niñez.

VI. Bibliografía

American Academy of Pediatrics. (16 de mayo de 2003). *American Academy of Pediatrics*. Recuperado el 1 de agosto de 2017, de American Academy of Pediatrics: <http://web.archive.org/web/20030604060812/http://aap.org/profed/thimaut-may03.htm>

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*. Arlington: American psychiatric publishing.

Artigas-Pallares, J., y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 567-587.

Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM - IV*. Barcelona: Masson S.A.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: American psychiatric publishing.

Asperger, H. (1991). Autistic psychopathy in childhood. En U. Frith, *Autism and Asperger Syndrome* (U. Frith, Trad., págs. 37-92). New York: Cambridge University Press.

Attwood, T. (1998). *Asperger's Syndrome. A guide for parents and professionals*. Londres: Jessica Kingley Publisher.

Autism Treatment Center of America. (1998-2017). *Autism Treatment Center of America*. Recuperado el 1 de octubre de 2017, de Autism Treatment Center of America: <http://autismtreatmentcenter.org>

Autism, R. (2015). *Research Autism*. Recuperado el 11 de agosto de 2016, de <http://researchautism.net/autism-interventions/types/behavioural-and-developmental/behavioural/eibi-ucla-yap-model-and-autism>

Baron-Cohen, S. (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza Editorial.

Belinchón, M., Boada, L., García de Andrés, E., Fuentes, J., y Posada de la Paz, M. (2010). Evolución de los estudios sobre autismo en España: publicaciones y redes de coautoría entre 1974 y 2007. *Psicothema*, 22 (2), 242-249.

Bettelheim, B. (1969). *La forterresse vide. L'autisme et la naissance du soi*. París: Gallimard.

Bleuler, P. (1992). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien [Trait. d'Aschaffenburg, 1911, traduction résumée par Henry Ey, 1926]*. París: Editions Seghers.

Borges, M., y Shinohara, H. (2007). Síndrome de Asperger em paciente adulto: um estudo de caso. *Revista brasileira de terapias cognitivas* .

Callahan K. (Enero de 2010). ABA versus TEACCH: the case for defining and validating comprehensive treatment models in autism. *J Autism Dev Disord.* , 74-88.

Castanedo, C. (1999). *Deficiencia mental, aspectos teóricos y tratamientos*. Madrid: CCS.

Centers for Disease Control and Prevention. (11 de julio de 2016). *Centers for Disease Control and Prevention. CDC twenty four seven. Saving Lives, Protecting People*. Recuperado el 1 de marzo de 2017, de Centers for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/>

Colectivo Autismo Chile. (17 de Octubre de 2015). *Autismo Chile*. Recuperado el 1 de Julio de 2017, de Autismo Chile: <http://www.autismochile.org/>

Dias, S. (2015). Asperger e sua síndrome em 1944. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 18, 307-313.

Doudard, A. (2013). *Autisme Infantile: Approche integrative d'une pathologie complexe*. Angers, Francia: Université d'Angers.

Egge, M. (2008). *El tratamiento del niño autista*. Madrid: Gredos.

Feinstein, A. (2011). *A History of Autism: Conversations with the Pioneers Editor* . Malden: John Wiley & Sons.

Frances, A. (11 de mayo de 2012). Diagnosing the D.S.M . *The New York Times* .

Frith, U. (1989). *L'Énigme de l'autisme*. París: Odile Jacob.

Frith, U. (1991). *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gabaudan, F. C., y Bracero, J. U. (2011). *Dicciomed.eusal.es. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Recuperado el 10 de julio de 2016, de Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico: <https://dicciomed.eusal.es> [Otras direcciones posibles: www.dicciomed.es, dicciomed.es, www.dicciomed.com, dicciomed.com]

Gándara, C. (2007). Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 173-186.

Goldberg, K. (2005). Autismo: uma perspectiva histórico – evolutiva. *Revista de Ciências Humanas*, 6 (6), 181-196.

González, L. (2009). *El autismo y la creación de la transferencia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Grandin, T. (2006). *Pensar con imágenes: Mi vida con el autismo*. Barcelona: Alba Editorial.

Houghton, K., Schuchard, J., Lewis, C., y Thompson, C. K. (2013). Corrigendum to Promoting child-initiated social-communication in children with autism: Son-rise program intervention effects. *J. Commun. Disord* , 495–506.

Inglés, C. J., Rico-Moreno, J., Vicent, M., González, C., Díaz-Herrero, Á., y García-Fernández, J. M. (2015). Revisión bibliométrica en Síndrome de Asperger: impacto en el ámbito de la psicología y educación. *European Journal of Child Development*, 3 (1), 5-18.

Irarrázaval, M. E., Brokering, W., y Murillo, G. A. (2005). Autismo: una mirada desde la psiquiatría de adultos. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 43, 51-60.

Jiménez, J. C., Gómez, A. G., y Iglesias, J. A. (2006). Ocho estrategias Imprescindibles en la intervención de los trastornos del espectro del autismo. Cáceres, Extremadura, España.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child*, 217-50.

Kanner, L. (1971). Follow-up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 119-145.

Klin, A. (2003). Asperger syndrome: an update. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 103-9.

Klin, A. (2006). Autism and Asperger syndrome: an overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3-11.

Kwee, C. S., Sampaio, T. M., y Atherino, C. C. (2009). Autism: a transdisciplinary approach based on TEACCH program. *CEFAC*, 217-226.

Laurent, E. (2007). Autisme et psychose : poursuite d'un dialogue avec Robert et Rosine Lefort . *La Cause Freudienne* (66), 105-118.

Laurent, E. (2013). *La batalla del autismo. De la clínica a la política*. Buenos Aires: Grama.

Leaf, R., & McEachin, J. (2000). *Esperanzas para el autismo: Un trabajo en progreso. Manual de trabajo para padres, profesionales y educadores*. Cartagena: Fundación E.S.C.O.

Lefort, R. (1998). El autismo, especificidad. En *El síntoma charlatán* (págs. 271-278). Fundación del Campo Freudiano. Buenos Aires: Paidós.

Lefort, R., y Lefort, R. (2003). La Distinction de l'autisme. En *La Distinction de l'autisme* (págs. 8-53). París: Éditions du Seuil.

Lisa Weston, J. H. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy with people who have autistic spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* , 41-54.

Lorenzo, G., Lledo, A., Pomares, J., Roig, R., y Arnaiz, P. (2016). Bibliometric indicators in the study of Asperger syndrome between 1990 and 2014. *Scientometrics* , 109.

Los Angeles Young Autism Project model. (26 de agosto de 2015). *Research Autism*. Recuperado el 26 de agosto de 2016, de Research Autism: <http://researchautism.net/autism-interventions/types/behavioural-and-developmental/behavioural/eibi-ucla-yap-model-and-autism>

Mahler, M. (1973). *Psychose infantile*. Editions Payot.

Maleval, J.-C. (2011). *El autista y su voz*. Madrid: Gredos.

Maleval, J.-C. (2012). *¡Escuchen a los autistas!* Buenos Aires: Grama.

Maleval, J.-C., Rouillon, J.-P., & Rabanel, J.-R. (2005). La conversation de Clermont : enjeux d'un débat. *La Cause Freudienne* (78).

Mathesius, C. h. (s.f.). *Global Anabaptist Mennonite Encyclopedia Online*. Obtenido de <http://www.gameo.org/encyclopedia/contents/M381.html>

Meltzer, D. (1975). *Explorations dans le monde de l'autisme*. París: Payot.

Ministerio de Salud. (2011). Guía de práctica clínica. Detección y tratamiento oportuno de los trastornos del espectro autista (TEA). Santiago, Metropolitana, Chile.

Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad, y Meneses. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología* , 77-84.

Odom, S.L., Boyd, B.A., Hall, L.J. et al. J. (abril de 2010). Evaluation of Comprehensive Treatment Models for Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* , 425-436.

Olivos, A. (2016). *Sobre la cuestión de los autismos*. Recuperado el 1 de junio de 2017, de Observatorio de Autismo NEL:

<http://observatoriodeautismonel.blogspot.cl/2016/11/sobre-la-cuestion-de-los-autismos.html>

Olivos, A. (2017). *Approche structurale de l'autisme et la psychose infantile*. París, Francia: Editions harmattan.

Olivos, A. (2017). El sujeto autista y su borde. *Revista Affectio Societatis* , 14 (26), 69-89.

Oury, J. (2003). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. . París, Francia: Les éditions du Champ Social.

Paluszny, M. (1987). *Austismo. Guía Práctica Para Padres Y Profesionales*. Ciudad de México: Trillas.

Piven, J. (6 de septiembre de 2015). Adult, Autistic and Ignored. *the New York Times* , pág. 4.

Powers, M. (1999). *Niños Autistas*. Ciudad de México, México: Trillas.

Rdiconnect. (2017). *Relationship Development Intervention*. Recuperado el 1 de octubre de 2017, de Rdiconnect: <http://www.rdiconnect.com>

Rutter, M. (1978). Developmental Issues and Prognosis. En E. S. Michael Rutter, *Autism. A Reappraisal of Concepts and Treatment* (págs. 497-505). New York: Springer US.

Sacks, O. (1997). *Un antropólogo en Marte. Siete relatos paradójicos*. (D. Alou, Trad.) Barcelona: Anagrama.

Salvadó, B., Palau, M., Clofent, M., Montero, M., y Hernández, M. A. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología* , 63-71.

Sweileh, W. M., Al-Jabi, S. W., Sawalha, A. F., y Zyoud, S. H. (2016). Bibliometric profile of the global scientific research on autism spectrum disorders. *SpringerPlus* , 5, 3-12.

Tammet, D. (2006). *Nacido en un día azul. Un viaje por el interior de la mente y la vida de un genio autista*. Barcelona, España: Sirio.

Thompson, C., y Jenkins, T. (2016). Training Parents to Promote Communication and Social Behavior in Children with Autism: The Son-Rise Program. *Journal of Communication Disorders, Deaf Studies & Hearing Aids* , 4 (147).

Tonge y Gray. (2001). Are there early features of autism in infants and preschool children. *Pediatric Child Health* (37), 221-226.

Vidal, J. (1994). Theory of mind ou theory of love? En M. Deleau, *Approches comparatives en psychologie du développement* (págs. 143-151). París: PUF.

Virues-Ortega, Flávia, & Pastor-Barriuso. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies. *Clinical Psychology Review* , 940-953.

Waterhouse, D. (1997). Perspective on social impairment. En F. V. D.Cohen, *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (págs. 901-919). Nueva York: Jhon Wiley and sons.

Williams, D. (2012). *Alguien en algún lugar*. Barcelona: La palabra extrema.

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine* , 115-129.

Wing, L. (1991). The relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism. En U.Frith, *Autism and Asperger Syndrome* (págs. 102-103). Cambridge: Cambridge University Press.

Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.

Wing, L., & Judith Gould. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Autism Dev Disord* , 11-29.

Zulimak., H. M. (2009). *Estudio psicoanalítico de la psisosis infantil*. Queretaro: Universidad autónoma de Queretaro.